

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

YOANDRA PEREZ HERNÁNDEZ

**ADESÃO DAS MULHERES AO EXAME CITOPATOLOGICO PARA
PREVENÇÃO DO CÂNCER CERVICO-UTERINO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE BOM JESUS EM BELO HORIZONTE/MG-
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

BELO HORIZONTE - MG

2015

YOANDRA PEREZ HERNÁNDEZ

**ADESÃO DAS MULHERES AO EXAME CITOPATOLOGICO PARA
PREVENÇÃO DO CÂNCER CERVICO-UTERINO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE BOM JESUS EM BELO HORIZONTE/MG –
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Suelene Coelho

BELO HORIZONTE - MG

2015

YOANDRA PEREZ HERNÁNDEZ

**ADESÃO DAS MULHERES AO EXAME CITOPATOLOGICO PARA
PREVENÇÃO DO CÂNCER CERVICO-UTERINO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE BOM JESUS EM BELO HORIZONTE/MG –
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Dra. Suelene Coelho – UFMG

Examinador 2: Profa. Ms. Ayla Norma Ferreira Matos -

Aprovado em Belo Horizonte, de _____ de 2015.

DEDICATORIA

A meu esposo Juan Carlos,
E aos meus pais,
Com todo o meu carinho.

AGRADECIMENTO

Para tornar possível a realização deste trabalho, contei com a ajuda de várias pessoas, às quais gostaria de agradecer.

Á meu querido esposo Juan Carlos, pelo incentivo e estímulo, em momentos decisivos em minha caminhada profissional e pessoal, dividindo conhecimento experiência, colaborando, assim, com a construção de um projeto de vida.

A toda a minha equipe: enfermeira Valéria, ACS Paola, Dorinha, Margareth, Cleonice e Rosa Elena pela ajuda no levantamento das mulheres.

Necessário se faz o meu agradecimento a outros profissionais da UBS e pacientes selecionados, que se dispuseram a participar dos encontros e grupos organizados, viabilizando a construção da proposta de intervenção.

Profa. Dra. Suelene Coelho, minha orientadora, pela assistência, na supervisão e correção do trabalho desenvolvido, contribuindo, assim, para minha formação profissional.

A todos os professores e tutores do Programa Ágora, sempre atenciosos e disponíveis e aos meus colegas de especialização, com quem compartilhei momentos de alegrias, dificuldades, conhecimentos e descobertas, pela amizade e estímulo.

Agradeço, a Deus pela vida; enfim, agradeço a Deus por tudo.

*Unir-se é um bom começo, manter a união é um progresso e
trabalhar em conjunto é a vitória.*

Henry Ford

RESUMO

O câncer de colo de útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo. A realização periódica do exame citopatológico (Papanicolaou) continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero. A partir dos dados fornecidos pelo Sistema de Informação Básica em Saúde verificou-se que no ano 2013, somente o 13 % das mulheres da equipe, estavam com exame preventivo de Papanicolaou em dia. Nesta perspectiva, o principal objetivo deste trabalho foi propor um projeto de intervenção para melhorar a adesão das mulheres ao exame citopatológico na área de abrangência da Equipe Azul da UBS Bom Jesus, localizada em Belo Horizonte/MG. Para tal foi utilizado o método de Planejamento Estratégico em Saúde para o desenvolvimento do projeto a partir do modelo proposto no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde. Foi realizada também, a revisão da literatura por meio da leitura de artigos científicos disponíveis nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) entre outras. Trata-se de uma proposta de intervenção intersetorial e multiprofissional direcionada a melhorar a qualidade de assistência que é prestada pela equipe de saúde na atenção da mulher, onde se propõem ações educativas para as usuárias, além da capacitação dos profissionais de saúde. Desse modo, espera-se que ocorra um aumento da cobertura de exames de Papanicolaou na área de abrangência da equipe e, por conseguinte, um aumento da detecção precoce do câncer do colo do útero, diminuindo assim, a mortalidade devido a este tipo de câncer.

Palavras chave: Estratégia Saúde da Família. Câncer cérvico uterino. Exame preventivo. Saúde da mulher.

ABSTRACT

Cervical cancer is the fourth most common cancer among women worldwide. Regular Pap smear testing (Pap) remains the most widely adopted strategy for the screening of cervical cancer. From the data provided by the Basic Information System in Health we found that in 2013, only 13% of women team, were with Pap test days. In this perspective, the main objective of this study was to propose an intervention project to improve adherence of women to the Pap test in the area covered by the Blue Team of UBS Bom Jesus, located in Belo Horizonte / MG. To do this we used the method of Strategic Planning in Health for the development of the project from the proposed model in Module Planning and Evaluation of Health Actions. We also carried out the review of the literature by reading scientific articles available on the bases Data: Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) among others. This is a proposal for intersectoral and multidisciplinary intervention aimed at improving the quality of care that is provided by the health team in the care of women, where they propose educational activities for users, as well as training of health professionals. Thus, it is expected that there is an increase of Pap tests cover the team coverage area and, consequently, an increase of early detection of cervical cancer, thus reducing the mortality due to this type of cancer.

Keywords: Family Health Strategy. Uterine cervical cancer. Pap smear. Women's health.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agentes de Saúde de Família
ASS	Análise da Situação de Saúde
CCU	Câncer de colo do útero
DTS	Doença de Transmissão Sexual
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Equipe de Saúde de Família
HPV	Papiloma Vírus Humano
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação Básica em Saúde
SISREDE	Sistema de Informação Saúde em Rede
SMS-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVO	16
3. METODO.....	17
4. REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	20
5. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE	26
5.1. Características gerais do município de Belo Horizonte	26
5.2. Histórico do município	26
5.3. Divisão administrativa do município.....	28
5.4. Condições do abastecimento de água em Belo Horizonte	28
5.5. Índices de desenvolvimento Humano de Belo Horizonte.....	28
5.6. O Sistema de Saúde de Belo Horizonte	29
5.7. Caracterização da Unidade Básica de Saúde Bom Jesus.....	32
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO.....	36
6.1. Identificação dos problemas.....	37
6.2. Priorização dos problemas	38
6.3. Descrição do problema selecionado.....	39
6.4. Explicação do problema.....	39
6.5. Seleção de “nós críticos”	41
6.6. Desenho das operações.....	Erro! Indicador não definido.
6.7. Identificação dos recursos críticos.....	475
6.8. Análise da viabilidade do plano.....	46
6.9. Plano operativo.....	47
6.10. Gestão do projeto de intervenção.....	48
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	52

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2014a) o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer que mais ocorre entre as mulheres no mundo todo, com 527 mil casos novos, segundo as últimas estimativas mundiais para o ano de 2012, e assim, caracterizando-se como um importante problema de saúde pública.

A estimativa para o ano de 2014 no Brasil, segundo o INCA (BRASIL, 2014a) foi de cerca de 15.590 mil novos casos de câncer do colo do útero (CCU) com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres. No entanto, sua incidência acontece de maneira diferenciada dependendo da região do país. Isto significa que, sem considerar os tumores de pele (não melanoma), o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (23,57/ 100 mil) do país. Ainda de acordo com o autor, as regiões Centro e Nordeste Oeste ocupam o segundo lugar em incidência, com respectivamente 22,19/ 100 mil e 18,79/ 100 mil casos e as regiões Sudeste e Sul ocupam o quarto e o quinto lugar em incidência, com 10,15/100 mil e 15,87/100 mil simultaneamente (BRASIL, 2014a).

Ainda de acordo com o INCA, 85% a 90% dos casos de câncer do colo do útero ocorrem devido ao carcinoma de células escamosas, seguido pelo tipo adenocarcinoma (BRASIL, 2014a). O autor destaca também, que o:

[...] principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau (lesões precursoras do câncer do colo do útero) e do câncer do colo do útero é a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). Contudo, essa infecção, por si só, não representa uma causa suficiente para o surgimento da neoplasia, faz-se necessária sua persistência (BRASIL, 2014a, p.40).

Assim, além do tipo e carga viral, infecção única ou múltipla de aspectos relacionados ao HPV, “[...] outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos, ainda incertos, que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também sua progressão para lesões precursoras ou câncer” (BRASIL, 2014a, p.40). Outro aspecto que parece influenciar é a idade, pois as mulheres infectadas com o HPV que possuem

idade inferior a 30 anos, geralmente apresentam uma regressão espontânea do vírus.

Dentre os tipos mais comuns dos vírus causadores das lesões precursoras destacam-se o HPV 16 e o 18, responsáveis por cerca de 70% dos casos desse câncer (BRASIL, 2014a).

De acordo com Vasconcelos *et al.* (2010, p. 325).

As estratégias de prevenção secundária ao câncer do colo do útero (CCU) consistem no diagnóstico precoce das lesões de colo uterino antes de se tornarem invasivas, a partir de técnicas de rastreamento compreendidas pela colpocitologia oncótica ou teste de Papanicolaou, colposcopia, cervicografia e, mais recentemente, os testes de detecção do DNA do HPV em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos.

Os autores afirmam ainda, que o exame colpocitológico denominado de teste Papanicolaou é amplamente difundido há mais de 40 anos e avaliado como um dos mais eficientes métodos de detecção, em especial pela sua facilidade de aplicação em programas de rastreamento do Câncer Cérvico Uterino - CCU (VASCONCELOS *et al.*, 2010).

Ressalta-se que as lesões precursoras que antecedem o câncer do colo do útero não apresentam sintomas, no entanto, o exame de Papanicolaou pode evidenciá-las. Se o câncer for diagnosticado em fase inicial, existe a possibilidade de ocorrer cura em 100% dos casos.

O exame de Papanicolaou é um procedimento de fácil desempenho, consistindo na coleta da secreção nas áreas da endocervice (com escovinha), ectocervice e fundo de saco de Douglas (com espátula de Ayre). Após a coleta as secreções devem ser colocadas em uma lâmina de vidro, cuja fixação pode ser feita por meio de conservação em álcool ou fixador em spray.

De acordo com o INCA (BRASIL, 2014b. p. 40) a estratégia adotada atualmente pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos. Para que seja efetivo o programa de controle do câncer do colo do útero [...] “faz-se necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos

serviços e ações da linha de cuidado, bem como o tratamento e o seguimento das pacientes”.

Assim, é importante estar atento à detecção precoce das lesões precursoras, que, associada ao tratamento em seus estádios iniciais, pode chegar a 90% de redução do câncer invasor. Desse modo, uma cobertura de 80% da população feminina submetida às atividades de rastreamento, realizado dentro dos padrões de qualidade, pode alterar significativamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (BELO HORIZONTE, 2008. p.9).

Ao realizar o diagnóstico situacional na disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, verificou-se que no ano 2013, somente 184 (13 %) das mulheres com idade entre 25 e 64 anos realizaram o exame de Papanicolaou, de um total de 1.393 mulheres segundo cadastro familiar da Unidade de Saúde (BRASIL, 2013a).

Devido à importância da detecção precoce do CCU, verifica-se a necessidade identificar as mulheres na faixa de 25-64 anos de idade residentes na área de abrangência da equipe que nunca fizeram o exame preventivo, bem como aquelas com exames em atraso. Esta importância também foi destacada pelo Módulo Saúde da Mulher (COELHO; PORTO, 2013), desenvolvido na Unidade Didática II do referido Curso.

Surgiu, então, a proposta de realização de um projeto de intervenção, que pudesse ajudar a equipe de saúde da família a compreender melhor quais são os motivos pelos quais as mulheres estão deixando de fazer o exame de Papanicolaou, na equipe azul da Unidade Básica de Saúde (UBS) Bom Jesus. Como resultado, espera-se aumentar a adesão das mulheres na realização do exame citopatológico, garantindo, assim, uma melhor assistência no programa de atenção à mulher. Desse modo, será possível incrementar as ações de rastreamento do câncer do colo do útero, aumentando a cobertura das mulheres, em especial aquelas da faixa de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero.

Para tal, serão enfrentados alguns aspectos, tais como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, aliada a vulnerabilidade social, originada por diferentes fatores, tais como: dificuldades socioeconômicas, geográficas e oferta insuficiente de

serviços de saúde. Aliado a esses fatores, destacam-se também: o medo, pudor e incomodo que podem estar fazendo com que as mulheres do território da Equipe Azul da UBS Bom Jesus não realizem o exame preventivo em tempo hábil.

Varella (2012) afirma que a prevenção do câncer de colo de útero tem associação direta com o grau de esclarecimento e progresso educacional da população feminina, em especial do conhecimento que possuem em relação aos fatores de risco e de como evitá-los. O autor conclui que, tendo em vista a necessidade de se ter um diagnóstico precoce é importante que as mulheres sejam constantemente motivadas para a realização do exame de Papanicolaou dentro do calendário previsto, para se identificar as lesões precursoras ainda na fase de pré-malignidade.

Por isso é de fundamental importância que as mulheres possam ter em mente que a realização periódica do exame de Papanicolaou pode salvar suas vidas. Destacam-se assim, as atividades de educação em saúde como ferramenta fundamental para o profissional atuar na prevenção do câncer de colo do útero.

De acordo com Maciel (1999 *apud* FERREIRA, 2009 p. 382).

A atitude de prevenção é determinada pelas crenças e percepções da mulher sobre o que é saúde, doença, o exame de prevenção e, também, pelas experiências vivenciadas por ela, para prevenção, manutenção ou tratamento de sua saúde.

Desse modo, considero ser necessária uma atuação diferenciada dos profissionais da saúde com as mulheres em relação ao exame de prevenção. Uma atuação com envolvimento, com respeito à sua intimidade, à sua privacidade, ao seu direito de conhecer e poder conversar sobre o câncer de colo uterino e a prevenção. Estes aspectos mostram a importância de ações educativas para a população feminina sobre a necessidade e o período para iniciar o exame de prevenção do câncer.

Para que haja diminuição da mortalidade feminina e melhora da cobertura dos exames, é necessário realizar o rastreamento e a busca ativa daquelas que nunca realizaram o exame de Papanicolaou ou que não o realizaram com a frequência necessária.

Por isso, acredita-se que o desenvolvimento deste trabalho contribuirá para promover alguns dos pilares da Estratégia Saúde da Família, a prevenção de doenças e promoção de saúde, considerando que o câncer de colo de útero é uma neoplasia que apresenta elevada taxa de incidência e de mortalidade, de detecção precoce e de cura quando realizado o diagnóstico em seu início.

2. OBJETIVO

Propor um projeto de intervenção para melhorar a adesão das mulheres ao exame citopatológico (Papanicolaou), na área de abrangência da Equipe Azul da UBS Bom Jesus localizada em Belo Horizonte/MG.

3. METODO

O presente trabalho será um projeto de intervenção voltado para o tema prevenção do câncer do colo do útero na Atenção Básica, com ênfase no exame citopatológico (Papanicolaou). O enfoque será na população adscrita na Equipe Azul da Unidade Básica de Saúde Bom Jesus (UBS Bom Jesus), localizada no bairro Aparecida, em Belo Horizonte. Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer os principais problemas de saúde do território estudado foram planejadas intervenções para garantir a melhoria da cobertura de exame cito patológico Papanicolaou segundo o Protocolo da Atenção a Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2008).

Para a construção desse projeto de intervenção foram utilizados os dez passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) proposto no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010):

- a) O diagnóstico situacional que caracterizou-se pela definição dos problemas pela equipe de saúde da família – primeiro passo.
- b) A priorização de problemas, onde foram avaliados a importância de cada problema identificado, a sua urgência, bem como a capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. Desse modo, os problemas são enumerados por ordem de prioridade destacando: importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe de saúde - segundo passo.
- c) O problema foi melhor descrito, avançando na sua compreensão - terceiro passo.
- d) Foram identificadas as suas causas, a sua gênese, tendo sendo em mente que geralmente a causa de um problema é sempre um outro ou outros problemas - quarto passo.
- e) Foram selecionados os “nós críticos”, destacando assim, as causas mais importantes a serem enfrentadas - quinto passo.
- f) Foram desenhadas as operações, identificando os produtos, resultados e recursos necessários para a concretização das operações - sexto passo.
- g) Foram identificados os recursos críticos considerados indispensáveis para a execução de uma operação - sétimo passo.

h) Foram analisadas a viabilidade do plano, ou seja, foram construídas maneiras para motivar os atores por meio de estratégias de mobilização, convencimento-oitavo passo.

i) Foi elaborado o plano operativo cujos principais objetivo foram nomear os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações - nono passo.

j) Finalmente foi desenhado o modelo de gestão do plano de ação definindo o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos - décimo passo.

Para a revisão de bibliografia foram utilizados documentos do Instituto Nacional do Câncer- (BRASIL, 2014a, 2014b), trabalhos científicos disponíveis na base de dados como da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, *Scientif Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual do NESCON da Universidade Federal de Minas Gerais, nos sites da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e do Ministério da Saúde, dentre outros. Também, serviram de referência as disciplinas e módulos cursados durante a realização do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, em especial: Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), Saúde da Mulher (COELHO; PORTO, 2013) e Iniciação a Metodologia Científica: textos científicos (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

Os artigos disponíveis nas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância no período entre 1997 e 2015, de preferências às bibliografias dos últimos cinco anos. Outros dados utilizados foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e por meio dos arquivos da própria Unidade Básica de Saúde Bom Jesus. Os descritores utilizados foram: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Exame de Papanicolaou; Saúde da mulher.

O trabalho contou com a participação dos profissionais de saúde e população adscrita a Unidade Básica de Saúde Bom Jesus e foi desenvolvido em várias etapas. Após o levantamento quantitativo dos exames preventivos realizados pela ESF do total de mulheres na faixa de idade de 25 a 64 anos, residentes na área de

abrangência da equipe azul da UBS Bom Jesus; foi feita uma pesquisa utilizando a metodologia da “estimativa rápida” para identificar os principais motivos que levam as mulheres a não realizarem o exame preventivo de Papanicolaou.

Para conhecer melhor o motivo pelos quais as mulheres da área de abrangência da equipe de saúde não realizam o exame preventivo, foi realizado um levantamento de dados com 50 mulheres que não haviam feito o exame preventivo nos últimos três anos, utilizando o método da estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para o desenvolvimento do projeto foi levado em consideração o levantamento feito pelas ACS no cadastro familiar, estudos epidemiológicos e dados fornecidos pelo SIAB, no período de Janeiro a Dezembro do ano 2013 (BRASIL, 2013a).

O projeto de intervenção foi realizado com a participação da equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais e agentes comunitários de saúde, além de promover a parceria entre as Secretárias de Saúde e de Educação no âmbito municipal e estadual.

4. REVISÃO BIBLIOGRAFICA

O Programa de Saúde da Família (PSF) teve início em 1991 e sua expansão para todo Brasil foi proposta pelo Ministério da Saúde a partir do ano 1994, na expectativa de promover a mudança de um modelo assistencial que era fortemente hospitalocêntrico, focado na doença, para um modelo centrado na atenção à família, com ênfase na promoção da saúde. Nesta perspectiva, a equipe de saúde da família tem a responsabilidade da atenção integral à saúde e deve levar em consideração a inserção do paciente na família e na comunidade.

Desse modo, a reorganização da Atenção Básica no Brasil se concretizou com a proposta do Programa Saúde da Família como estratégia para melhorar a atenção integral aos seus usuários. Essa estratégia foi materializada na Portaria Nº 648, emitida pelo governo em 28 de Março de 2006. Ela assinala o PSF como uma

[...] a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. (BRASIL, 2006a, pág. 14).

As ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes desenvolvidas pelo profissional do PSF permitem melhorar o vínculo com os pacientes, em especial, antes que eles adoeçam. Por isso, em sua atuação do dia a dia o médico deve criar e recriar para transformar, ao longo do tempo, as condições de saúde seus pacientes com vistas a melhorar a qualidade de vida deles, além de ter o compromisso de incentivar a comunidade a ser proativa e aprender e cuidar da sua saúde.

Em 1984 foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher pelo Ministério da Saúde, onde a prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama foram priorizados (BRASIL, 1984). Nesta perspectiva, foi criado o Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde (Pro-Onco) em 1986, que foi transferido para o Instituto Nacional do Câncer, no ano 1991, tornando-se assim, Coordenação de Programas de Controle de Câncer no âmbito do território

nacional. A informação e a educação foram suas linhas básicas de trabalho com foco nos quatro tipos de câncer mais incidentes, entre eles o do colo do útero e o de mama (ABREU, 1997 *apud* INCA, 2014b).

De acordo com o autor, em 1997 foi implantado em algumas cidades um projeto-piloto, denominado Viva Mulher, visando ao controle do câncer do colo do útero. Foi realizada uma campanha, da qual Belo Horizonte fez parte, onde foram atendidas 124.440 mulheres em todo país, priorizando aquelas pertencentes à faixa etária entre 35 e 49 anos e que nunca haviam sido submetidas ao exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos (BRASIL, 2014b). Em 1998, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero, onde foram propostas estratégias para estruturação de uma rede assistencial, bem como o estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento e gerenciamento das ações.

Ainda de acordo com o autor, as ações foram ampliadas e fortalecidas na rede da atenção básica, partir do ano 2000. Dentre as diretrizes estratégicas propostas para o controle do CCU ressalta-se o aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas (BRASIL, 2014b).

Conforme INCA (BRASIL, 2014b) a política de atenção oncológica foi modernizada por meio da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em maio de 2013. Nesse mesmo ano, os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA) foram integrados por intermédio do Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), uma versão em plataforma web.

Segundo a estimativa de câncer para o ano de 2014 no Brasil (BRASIL, 2014a), que também esta sendo válida para o ano de 2015, assinala a ocorrência de cerca de 576 mil casos novos de câncer (incluindo todos os tipos), o que demonstra a proporção do problema do câncer no país.

Ainda de acordo com o autor, para o ano de 2014, são esperados 15.590 novos casos de câncer do colo do útero, o que representa um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres no Brasil (BRASIL, 2014a).

Segundo documento da Secretaria de Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2013) denominado “Situação do câncer em Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde: estimativas de incidência e mortalidade para o ano 2013, válidas para 2014”, eram esperados 1.550 casos novos de câncer do colo do útero, com uma taxa bruta de incidência de 14,7 para os anos de 2013 e 2014. Nestes mesmos anos eram esperados 390 óbitos (com uma taxa bruta de mortalidade de 3,7 em cada 100 mil mulheres) por este tipo de câncer (MINAS GERAIS, 2013).

Ainda de acordo com o autor, em 2010 ocorreram 362 óbitos por câncer do colo do útero, o que correspondeu a 4,3% dos óbitos por neoplasias no Estado de Minas Gerais, sendo a taxa bruta e mortalidade foi de 3,6 por 100 mil óbitos (MINAS GERAIS, 2013).

Segundo o autor, o câncer do colo do útero representou 5,6% do total dos casos hospitalares de câncer registrados no ano de 2009 na alta complexidade, sendo a idade mediana de 53 anos, por ocasião do diagnóstico. Ressalta-se que do total de casos hospitalares de câncer do colo do útero provenientes do estado de Minas Gerais, 1.136 (70%) casos apresentavam registro médico sobre o estágio clínico do tumor na 1ª consulta realizada no serviço de alta complexidade. Desse modo, para cada grupo de 10 casos desse tipo de câncer, 3 casos chegaram ao hospital nas fases avançadas da doença, ou seja, nos estádios III e IV da doença. Além disso, dos 462 casos avançados de câncer do colo do útero, em 57 deles o diagnóstico de câncer ocorreu dos 40 anos de idade. Destaca-se que os casos avançados tinham como procedência 167 municípios mineiros (MINAS GERAIS, 2013).

A palavra câncer invoca sentimentos extremados, pois pode evoluir de maneira lenta ou fulminante ao se manifestar em diferentes formas de doenças. O termo atribuído a determinadas neoplasias deriva principalmente das características próprias das células em proliferação, principalmente aquelas relativas às propriedades de invadir os tecidos e de originar metástase à distância (SESMG,

2013). Para o autor, para que uma neoplasia ocorra é necessário que ocorram modificações no material genético das células que promove o crescimento celular desordenado, fora dos controles fisiológicos. As modificações genéticas podem ser induzidas por agentes químicos, físicos e biológicos (MINAS GERAIS, 2013).

No caso de tumores que se originam no epitélio, como é o caso do câncer do colo do útero, pode haver uma fase denominada “in situ”, ou seja, o crescimento celular se restringe apenas ao epitélio sem invasão do estroma. Nesta fase, em a existência de vasos no epitélio, não ocorrem metástases. No entanto, quando a lesão atinge o estroma, que é rico em vasos e tecido linfoide, aumenta o risco de disseminação a linfonodos regionais e o desenvolvimento de metástases a distancia. De um modo geral, as neoplasias só produzem manifestações clínicas, ou seja, sinais e sintomas, somente à medida que crescem (MINAS GERAIS, 2013).

Por isso, o conhecimento em relação às etapas de iniciação e progressão dos tumores é fundamental por favorecer a introdução das ações preventivas, o que pode ocorrer com algumas neoplasias, em que é possível fazer a detecção precoce (MINAS GERAIS, 2013).

Outro aspecto relevante é que, essa patologia, quando diagnosticada precocemente, apresenta maior potencial de prevenção e cura. Além disso, a principal estratégia de programas de rastreamento do câncer do colo do útero no mundo e também no Brasil é o teste citopatológico Papanicolaou.

Por isso, para que haja efetividade de um programa de controle do câncer do colo do útero, é muito importante que sejam garantidas a organização, a integralidade e a qualidade dos serviços e ações da linha de cuidado, bem como o tratamento e o seguimento das pacientes (MINAS GERAIS, 2013).

Pode-se concluir que o câncer do colo de útero é um problema de saúde pública no Brasil, em Minas Gerais e em Belo Horizonte. Neste sentido, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações com o objetivo de reduzir à incidência de CCU e suas conseqüências, bem como melhorar a qualidade de vida das mulheres com câncer.

Ressalta-se também, que o câncer de colo de útero (CCU) tem evolução progressiva, que se inicia com alterações intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor num período que pode variar de 10 a 20 anos (BRASIL, 2013b).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), as ações de promoção à saúde figuram dentre aquelas de maior importância, pois podem ser realizadas durante a consulta individual ou por meio de atividades educativas em grupos. Além disso, as atividades educativas têm o potencial para motivar as mulheres a adotarem hábitos de vida saudáveis, tais como: alimentação balanceada, a prática metódica de atividades físicas, diminuição do tabagismo e o hábito da utilização de preservativos durante as relações sexuais (BRASIL, 2013b).

Importante ressaltar, que a detecção precoce do CCU, aliados ao diagnóstico e tratamento adequados em seus estádios iniciais, garante a redução das taxas de incidência do câncer invasor e, como consequência, a mortalidade.

Como já exposto anteriormente, o exame de Papanicolaou ou citologia oncológica continua sendo a principal estratégia de prevenção de CCU, sendo considerado um importante aliado devido a sua simplicidade, segurança, custo/benefício e alto poder de detecção da doença, mesmo antes do desenvolvimento do câncer (BRASIL, 2013b).

De acordo com o Ministério da Saúde, a maior parte dos exames preventivos são realizados em mulheres com idades inferiores a 35 anos, no entanto, a incidência maior deste câncer tem aumentado nas mulheres situadas na faixa etária entre 30 e 39 anos de idade, atingindo seu pico na quinta e sexta décadas da vida (BRASIL, 2014b). Isso faz com que a rede assistencial seja subaproveitada, uma vez que as mulheres na faixa etária de maior risco não estão sendo atingidas (BRASIL, 2013b).

Embora sejam desenvolvidas as ações de prevenção e detecção precoce no Brasil, verifica-se que ainda existe receio por parte de muitas mulheres em aderir ao exame de Papanicolaou. Algumas razões para esse fato encontram-se nos próprios serviços de saúde que dificultam o acesso da população feminina com uma agenda que não é compatível com a disponibilidade das mulheres, pouca oferta de vagas

para atenção à mulher, falta de capacitação de profissionais envolvidos no PSF (BRASIL, 2013b).

Porém, estudos têm apontado que, muitas vezes as próprias mulheres tem sido o principal obstáculo para a realização do exame de prevenção. Alguns pesquisadores, a exemplo de Duavy *et al.* (2007) e Oliveira *et al.* (2006), revelaram que o medo, a vergonha e a falta de informação sobre o exame, tem sido os principais motivos relatados pelas mulheres para a não realização do exame preventivo.

Conforme destacam vários autores, muitas usuárias não consideram necessário fazer o exame citopatológico porque se sentem saudáveis, ou mesmo, negam as queixas ginecológicas. Por outro lado, algumas relatam que o exame é incômodo e desconfortável e, ainda, algumas mulheres relatam falta de tempo e esquecimento (PINHO; FRANCA, 2003; MERIGHI; HERMANO; CAVALGANTE, 2002).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2007 e BRASIL, 2011 *apud* GONÇALVES *et al.* 2011) a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero tem sido a realização periódica do exame citopatológico. Desse modo o componente mais importante no âmbito da atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS) para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero, tem sido atingir alta cobertura da população definida como alvo. Assim, os países que atingiram uma cobertura superior a 50% do exame citopatológico, realizado a cada três a cinco anos apresentaram taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano. Para aqueles que conseguiram atingir uma cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que duas mortes por 100 mil mulheres por ano (ANTTILA *et al.* 2009; ARBYN *et al.* 2009; BRASIL, 2011).

As Informações apresentadas em relação à importância da prevenção do câncer do colo do útero, aliado a baixa cobertura do exame de Papanicolaou nas mulheres da Unidade Básica de Saúde Bom Jesus, apontam para a relevância da elaboração de um projeto de intervenção com vistas a aumentar a adesão das mulheres às ações de prevenção deste tipo de câncer.

5. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

5.1. Características gerais do município

Belo Horizonte é um município brasileiro, capital do segundo estado mais populoso do Brasil, o estado de Minas Gerais. Possui área de aproximadamente 330 km², com geografia diversificada (morros, serras e áreas planas). A cidade é praticamente circundada pela Serra do Curral, e constitui-se uma referência histórica. Os municípios que fazem limites com a capital são: Nova Lima e Brumadinho a sul; Sabará e Santa Luzia a leste; Santa Luzia e Vespasiano a norte; e Ribeirão das Neves, Contagem e Ibirité a oeste.

A população estimada para o ano de 2014 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2014c) foi de 2.491.109. Em 2010, a população era de 2.375.151, o que aponta ter havido um leve acréscimo populacional nestes 4 anos. Com uma área territorial de 331,401 km², verifica-se uma alta densidade demográfica 7.167,00hab./km². A capital é considerada o mais populoso município de Minas Gerais, sendo o terceiro da Região Sudeste, depois de São Paulo e Rio de Janeiro, e o sexto mais populoso do Brasil.

5.2. Histórico do município

O estado de Minas Gerais foi habitado por índios do tronco linguístico macro-jê, cujas tribos foram quase exterminadas pela ação dos bandeirantes vindos de São Paulo a procura de escravos e de pedras preciosas. A grande faixa de terras ao largo do Rio das Velhas foi ocupada pelo bandeirante Paulista Bartolomeu Bueno da Silva e posteriormente veio seu primo e futuro genro, João Leite da Silva Ortiz, à procura de ouro (CHAVES; LANGFUR, 2007).

De acordo com o dados de Belo Horizonte (2007), em 1701, o bandeirante João Leite da Silva Ortiz chegou à serra de Congonhas à procura de ouro. No entanto, ao invés de encontrar metal, deparou-se com uma bela paisagem, um clima ameno e apropriado para a agricultura. Desse modo, erigiu a Fazenda do Cercado, onde desenvolveu uma pequena plantação e criou gado. Com o progresso da fazenda, outros moradores foram atraídos e formou-se arraial em seu redor, que constitui-se em um ponto de parada para os viajantes que conduziam gado da Bahia

em direção às minas. O povoado recebeu o nome de Curral Del Rei que posteriormente deu origem a atual Serra do Curral. Ainda de acordo com o autor, aos poucos, o povoado foi desenvolvendo, amparado na pequena lavoura, na criação e comercialização de gado e na fabricação de farinha, além da instalação de pequenas fábricas que operavam com algodão, fundição de ferro e bronze e também a extração de granito e calcário (BELO HORIZONTE, 2007).

Havia também a produção frutas e madeiras que eram vendidas para outros locais. O povoado prosperou e das 30 ou 40 famílias existentes no início, aumentou para 18 mil habitantes, sendo elevado à condição de Freguesia, porém subordinado a Sabará. O Curral Del Rei englobava as regiões de Sete Lagoas, Contagem, Santa Quitéria (Esmeraldas), Buritis, Capela Nova do Betim, Piedade do Paraopeba, Brumado Itatiaiuçu, Morro de Mateus Leme, Neves, Aranha e Rio Manso (BELO HORIZONTE, 2007).

Surgiram as primeiras escolas e o comércio se desenvolveu, porém as diversas regiões que constituíram o arraial foram se tornando autônomas, fazendo com que descontinuasse o período de prosperidade, houvesse redução da população e a economia local entrou em declínio (BELO HORIZONTE, 2007).

Já no final do século passado, restavam mais de 4 mil habitantes. No entanto, a Proclamação da República, em 1889, trouxe esperanças de transformações. A capital de Minas Gerais que era sediada na cidade de Ouro Preto, no entanto, não apresentava alternativas viáveis ao desenvolvimento físico urbano. Isso resultou na transferência da capital realizada pelo governador Augusto de Lima. Desse modo, em 1893, o arraial foi elevado à categoria de município e capital de Minas Gerais, sob a denominação de Cidade de Minas. Em 1897, em ato público solene, o então presidente de Minas, Crispim Jacques Bias Fortes, inaugurou a nova capital, que em 1901, recebeu a denominação de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2007),

No início da década de 1990, a cidade era marcada pela pobreza e degradação, com 11% da sua população vivendo em miséria absoluta e com 20% das crianças sofrendo de desnutrição. No entanto, o restante dessa década foi marcado pelo desenvolvimento dos espaços urbanos e pelo reforço da estrutura administrativa do município, com a aprovação em 1990 da Lei Orgânica do

Município e do Plano Diretor da cidade, em 1996. A gestão municipal foi se democratizando passou a realizar anualmente o Orçamento Participativo (BELO HORIZONTE, 2014a).

Belo Horizonte tem se destacado nos dias atuais com grande incremento do setor terciário da economia: o comércio, a prestação de serviços e setores de tecnologia de ponta, com destaque para as áreas de biotecnologia e informática, a exemplo do Parque Tecnológico de Belo Horizonte e o Expo Minas.

5.3. Divisão administrativa do município

O município de Belo Horizonte está dividido em nove administrações regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova), cada uma delas, por sua vez, dividida em vários bairros.

De acordo com a Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte - Urbel (BELO HORIZONTE, 2012), o déficit habitacional no país é de 7,2 milhões de moradias, com a particularidade de que 28,5% deste índice estão concentrados nas regiões metropolitanas. Em Minas Gerais, de acordo com pesquisa divulgada em 2007, pela Fundação João Pinheiro, o déficit habitacional é de 721 mil moradias e na região metropolitana de Belo Horizonte de 173 mil. Segundo estimativas do Plano Local de Habitação de Interesse Social, no município de Belo Horizonte o déficit habitacional gira em torno de 62 mil moradias.

5.4. Condições do abastecimento de água em Belo Horizonte

A Companhia de Saneamento é a COPASA, que é responsável pelo abastecimento de água tratada no município Belo Horizonte e de todo o estado de Minas Gerais. O recolhimento de esgoto por rede pública também é feito pela COPASA que atende aproximadamente 65% da população, com 129 estações de tratamento de esgoto (ETE) em operação, com projeção de melhorias futuras (BELO HORIZONTE, 2013a).

5.5. Índices de desenvolvimento Humano de Belo Horizonte

Belo Horizonte classificou-se, também, entre as dez cidades com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) mais elevado, alcançando a marca de 0,81. Esse indicador mede a qualidade de vida da população, considerando os quesitos saúde, educação e renda. Belo Horizonte figura, ainda, entre os dez municípios com melhor Renda Domiciliar per Capita (RDPC), registrando uma média de R\$ 1.497,29, enquanto a média nacional é de R\$ 668, segundo o Censo Demográfico de 2010. A RDPC é a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio, em reais, dividida pelo número de moradores (BELO HORIZONTE, 2013b).

Segundo autor, na avaliação do quesito Educação, a pesquisa considerou as taxas de analfabetismo, frequência escolar, e o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), em que Belo Horizonte (BH) também obteve bons resultados. A Rede Municipal de Educação de BH alcançou nota de 5,7 para os anos iniciais, superando a meta de 5,6 estabelecida pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep) para a capital, em 2013. Outro marco positivo em relação à educação foi a conquista do selo "Município Livre do Analfabetismo", entregue pelo MEC (BELO HORIZONTE, 2013b).

O levantamento da Delta Economics & Finance registrou, também, importantes avanços da capital mineira no quesito Saúde. Exemplo disso é o resultado histórico em relação à redução da taxa de mortalidade infantil. Em 2005, BH registrava 14,36 óbitos por mil nascidos vivos e, em 2014, essa taxa foi reduzida para 9,7 óbitos por mil nascidos vivos. Os números do atendimento também demonstram a seriedade do trabalho desenvolvido pelos 23 mil profissionais do setor. De janeiro a agosto desse ano, foram realizadas 217 mil consultas especializadas à população na Rede Complementar Própria, e 597 mil atendimentos na Rede de Urgência (BELO HORIZONTE, 2013b).

5.6. O Sistema de Saúde de Belo Horizonte

O sistema local de saúde, conta com o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH), criado oficialmente em 3 de junho de 1991 e é regulado pela Lei Federal nº 8.142/90 e pelas Leis Municipais nº. 5.903/91 e nº. 7.536/98. O CMSBH funciona em caráter permanente, deliberativo e colegiado, com a função de

atuar na formação de estratégias da política de saúde, controle da execução da política de saúde, inclusive seus aspectos econômicos e financeiros. Portanto, os conselhos fiscalizam e aprovam as contas da Secretaria Municipal de Saúde, representando a população na saúde pública (BELO HORIZONTE, 2014c).

Segundo o autor O Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2014/2017) contempla 102 programas (BELO HORIZONTE, 2013b). Do total de investimentos previstos para este período, R\$ 17,5 bilhões serão empregados na Saúde, um acréscimo de 105% em relação ao PPAG 2010/2013, que destinou R\$ 8,5 bilhões ao setor. As Academias da Cidade passarão de 63 para 100 até 2016. A cidade ganhará ainda sete Unidades de Pronto Atendimento (UPA), sendo três novas unidades e quatro substituições, e duas novas maternidades (Maternidade Venda Nova e a do Hospital Odilon Behrens).

Até 2016 serão construídos 19 centros de saúde e 61 serão substituídos por novas unidades, números que se somarão aos 147 centros de saúde existentes hoje. Os novos postos e os reformados terão infraestrutura com farmácia, sala de coleta, sala de aplicação de vacinas, consultórios odontológicos e instalações para profissionais como ginecologistas, médicos de saúde da família e profissionais de apoio, permitindo um atendimento adequado ao cidadão (BELO HORIZONTE, 2013b).

A rede Básica de Saúde conta com 147 centros de saúde, distribuídos nos nove Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. As unidades básicas de saúde são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência, funcionam de segunda a sexta-feira, e devem ser os primeiros a serem procurados no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde (BELO HORIZONTE, 2014d).

São 556 equipes de saúde da família, formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Dos 147 centros da capital, 58 também possuem equipes de Saúde Mental e 141 oferecem atendimento odontológico. Há também em algumas unidades assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e médicos homeopatas e

acupunturistas, psicóloga, psiquiatra e outros médicos de apoio. Já as equipes de zoonoses dos centros de saúde são responsáveis por controlar as doenças transmitidas por mosquitos e outros animais. Nas unidades o usuário pode se consultar, e com encaminhamento médico, agendar consultas especializadas, fazer pré-natal e acompanhamento de doenças crônicas, vacinar-se, retirar medicamentos com receita médica, fazer consultas odontológicas, receber orientações sobre saúde em geral, além de outros serviços. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA): Centros de Saúde: 147; Academias da Cidade: 63; Centros de Especialidades Médicas: 10; Unidades de Pronto-Atendimento – UPA: 08; Centros de Referência em Saúde Mental: 10; Demais equipamentos: 108; Equipes de Saúde da Família: 556; Equipe de saúde mental: 58; Equipes de NASF: 58 (BELO HORIZONTE, 2014d).

Dentro do processo de atenção e cuidado com a saúde, o papel do médico de família e comunidade é essencial, principalmente para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo assistencial da atenção básica. O SUS-BH conta com cerca de 600 médicos de saúde da família e Belo Horizonte é a capital brasileira com a maior cobertura do ESF, com 82,13% da população atendida por 583 equipes (BELO HORIZONTE, 2014e). Tal cobertura tem refletido em diversos indicadores importantes de saúde, como a redução da mortalidade infantil para 9,7 óbitos por mil nascidos vivos. Uma importante vitória para toda a Rede SUS-BH.

As redes de média e alta complexidade contexto do SUS constituem um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. Embora a atenção básica em saúde seja entendida como a base orientadora do sistema e sua porta de entrada preferencial tendo uma visão integral da assistência à saúde para sua população adscrita, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não são suficientes para suprir as necessidades dos pacientes do SUS. A definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade é atribuição do Ministério da Saúde. Segundo o autor existem em Belo Horizonte 09 centros de Especialidades, 04 Unidades de referencia secundaria, 01 Policlínica, 01 Núcleo de cirurgia

ambulatória, 01 Centro Municipal Oftalmológico, 01 Centro municipal de Imagem e 08 Ambulatórios de Convergência (BRASIL, 2014b)

5.7. Caracterização da Unidade Básica de Saúde Bom Jesus

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Bom Jesus, está localizada no distrito Noroeste e foi fundada há quase 23 anos em uma pequena sala de uma igreja. A nova instalação foi inaugurada no dia 3 de junho de 2006, localizada na Rua Bernardo Cisneiro 659, Bairro Aparecida, Belo Horizonte - MG. O Horário de funcionamento é das 7h às 19h. A acessibilidade a ele pode ser realizada por meio de ônibus, carro e a pé, e neste caso o número de morros no entorno da UBS torna difícil o acesso.

Na área de abrangência da UBS o 97,6% das pessoas são alfabetizadas, e a taxa de emprego é de 91,2%. Os principais postos de trabalho estão relacionados ao setor de serviços, tais como: comércios, restaurantes, lanchonetes, lojas, reparação de veículos automotores/motocicletas e atividades administrativas/serviços complementares, científicas e técnicas, dentre outras (BRASIL, 2014c).

A maior parte da população adscrita ao território da referida UBS vive com dificuldade financeira embora muitos trabalhem. O número de idosos aposentados é relativamente grande. A população tem habitação (própria ou alugada), no entanto, como dito anteriormente, grande parte dos usuários são idosos e moram sozinhos, frequentemente sem o apoio de familiares. As causas de óbitos mais frequentes em nossa área de abrangência são: doenças cardiovasculares, respiratórias e neoplasias (BRASIL, 2014c).

Quanto aos recursos de saúde, a comunidade possui como referência o próprio Centro de Saúde de Bom Jesus, o Hospital Odilon Behrens (HOB), Hospital Belo Horizonte (privado) e várias clínicas odontológicas privadas, além laboratórios particulares e laboratório distrital.

No território existem três escolas públicas de ensino fundamental (Escola Nossa Senhora do Amparo, Escola Cláudio Brandão e Escola Tomás Brandão), uma escola de ensino pré-escolar (Escola Jardim Cornélio Vaz de Melo). Além disso, possui varias igrejas (Católica Bom Jesus, Católica Nossa Senhora Imaculada

Coração de Maria, Evangélica Reino de Deus e Igreja Evangélica Quadrangular). Não contamos com creches na área de abrangência.

A UBS "Bom Jesus" tem um total de 4572 famílias cadastradas na área da abrangência de acordo com o cadastro familiar do censo BH, Julho/2014. Cerca de 100 % dos domicílios tem abastecimento de água tratada, rede de esgoto, coleta de lixo e energia elétrica, sob-responsabilidade da rede pública e não há acesso a postos de correios nas proximidades, tendo sido observado que existe apenas um Banco Bradesco (BRASIL, 2014c).

Cerca de 100 % dos domicílios tem abastecimento de água tratada, rede de esgoto, coleta de lixo e energia elétrica, sob-responsabilidade da rede pública e não há acesso a postos de correios nas proximidades, tendo sido observado que existe apenas um Banco Bradesco (BRASIL, 2014c).

A UBS tem uma área física de 200 m² e conta com 12 consultórios, uma sala de vacina, sala de expurgo, sala de coleta, farmácia, sala de curativo, sala de esterilização, sala para a equipe de zoonose, sala de reunião, uma cozinha, consultório de odontologia com duas cadeiras odontológicas, sala de espera e balcão, além de almoxarifado, e quatro banheiros, sendo dois para funcionários e dois para os pacientes.

Seu quadro de recursos humanos possui 71 trabalhadores, sendo quatro Equipes de Saúde da Família (ESF), cada uma com médico, enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Possui também, duas ACS e cinco auxiliares de enfermagem de apoio. Na saúde bucal são dois cirurgiões-dentistas, duas auxiliares de Consultório Dentário (ACD) e dois técnicos de saúde bucal. Na parte administrativa existem duas funcionárias que trabalham recepção. Contamos com 5 médicos de apoio um pediatra, um ginecologista, um clínico, dois psiquiatras e uma assistente social. Do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) contamos com o apoio de uma fonoaudióloga, um farmacêutico, um nutricionista, uma fisioterapeuta, 1 psicóloga. Na limpeza existem duas funcionárias. Na entrada do posto temos dois porteiros que trabalham por turnos, um guarda municipal e a equipe do "Posso Ajudar". A Equipe de Zoonose conta com sete trabalhadores. A carga horária de cada profissional pertencente ao

NASF e estagiária é de 20h semanais, de cada porteiro é de 30h semanais, enquanto que a dos restantes dos profissionais da UBS é de 40h semanais. Alguns trabalhadores têm carga de 30 horas semanais devido a contratos.

Desde que cheguei a Belo Horizonte trabalho no Programa de Saúde da Família (PSF) como médica geral na equipe azul da UBS. Na área de abrangência temos um total de 1.374 famílias cadastradas segundo dados de cadastro familiar do censo BH, Julho/2014 (BRASIL, 2014c).

A Tabela 1 sintetiza os dados coletados na busca ativa pelo método de Estimativa Rápida aproximando ao diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe Azul. Os dados foram conseguidos a partir de bases de dados secundários (como, por exemplo, o SIAB), entrevistas com informantes-chave e observação ativa.

Tabela 1 - População segundo a faixa etária e o sexo, da área de abrangência da Equipe Azul, UBS Bom Jesus, Município Belo Horizonte, 2014.

Faixa etária Anos	Feminino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
< 1 m	0	0	1	0,05	1	0,002
1 a 11 m	25	1,03	19	1,0	44	1,03
1 a 4	72	2,98	63	3,42	135	3,17
5 a 9	85	3,51	92	5,0	177	4,15
Subtotal Crianças	182	7,53	175	9,51	357	8,39
10 a 14	118	4,88	95	5,16	213	5,0
15 a 19	134	5,54	134	7,28	268	6,29
Subtotal Adolescente	252	10,43	229	12,45	481	11,30
20 a 24	166	6,87	133	7,32	299	7,02
25 a 29	212	8,77	160	8,70	372	8,74
30 a 34	226	9,35	151	8,21	377	8,86
35 a 39	174	7,20	150	8,15	324	7,61
40 a 44	163	6,74	147	7,99	310	7,28
45 a 49	159	6,58	122	6,63	281	6,60
50 a 54	198	8,19	141	7,66	339	7,96

55 a 59	168	6,95	132	7,17	300	7,05
Subtotal Adulto	1146	47,43	1136	61,77	2602	61,15
60 a 64	114	4,71	85	4,62	199	4,67
65 a 69	119	4,92	64	3,48	183	4,30
70 a 74	91	3,76	55	2,99	146	3,43
75 a 79	70	2,89	38	2,06	108	2,53
Maior ou igual a 80 anos	122	5,0	57	3,09	179	4,20
Subtotais Idosos	516	21,35	299	16,25	815	19,15
Total	2416	56,78	1839	43,21	4255	100

Fonte: Sistema de Informação Saúde em Rede. Cadastro familiar 30 jul. 2014.

De acordo com o que é apresentado na Tabela 1, dos 4255 habitantes da área de abrangência da Equipe Azul, 1837 (43,21%) são homens e 2416 (56,78%) são mulheres, predominando o sexo feminino. É importante ressaltar que 61,15% da população encontra-se na faixa etária dos 20 aos 59 anos de idade e um número significativo de idosos (19,15%) na faixa etária entre 60 e mais de 80 anos que, por conseguinte, significa que devem ser planejadas ações para trabalhar com os fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis (DNT), pois são muito comuns nesta fase da vida.

As doenças para as quais os pacientes procuram atendimento com mais frequência às vezes constituem problemas que precisam ser resolvidos pelos profissionais de saúde, onde é muito importante analisar detalhadamente as causas dos mesmos. A falta de informação e a utilização inadequada e insuficiente de serviços médicos são problemas comuns que impedem à nossa comunidade o diagnóstico precoce. Como médica eu tenho a responsabilidade de incentivar a comunidade a ser proativa e aprender mais sobre a sua saúde, pois a educação é a chave para o controle e prevenção das doenças.

6- PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

E muito importante conhecer os principais problemas da comunidade quando planejamos as ações de saúde, por isso, após a realização do diagnóstico situacional do território estudado foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados nessa área de abrangência. Na análise situacional, foram levantados dados do Ministério da Saúde e da própria prefeitura de Belo Horizonte e da Unidade Básica de Saúde que possui arquivos com dados importantes sobre a área de abrangência.

Dentro dos principais problemas encontrados destacam-se: elevado porcentagem de diabéticos e hipertensos não controlados, à baixa adesão das mulheres a fazer o exame citopatológico (Papanicolaou), alto índice de pacientes obesos e tabagistas, maus hábitos dietéticos e elevado índice de usuários que consomem droga e álcool, dentre outros.

Depois de identificados os problemas, fizemos a seleção ou priorização dos que serão enfrentados. O problema de maior relevância na equipe de saúde foi elevado porcentagem de diabéticos e hipertensos não controlados. No entanto, embora a baixa adesão das mulheres para a realização do exame citopatológico (Papanicolaou), não tenha sido o problema considerado como primeira prioridade, considere relevante elaborar um projeto de intervenção sobre ele pelo fato de que este exame é considerado um método preventivo que contribui diretamente para detecção e o tratamento precoce do câncer do colo do útero, e conseqüentemente para elevado percentual de cura desta doença.

Um recurso importante nesta transformação é o conhecimento da comunidade em que as mulheres habitam e que engloba desde infraestrutura física, até valores culturais. Para isto foi muito importante a elaboração do diagnóstico da situação de saúde na área de abrangência das equipes de saúde da família, fazer o levantamento das necessidades percebidas pela população adscrita à equipe e os determinantes sociais de saúde/doença, tanto para a definição das ações a serem implementadas a fim de enfrentar os problemas identificados, quanto para avaliar a eficiência e a eficácia dessas ações.

6.1. Identificação dos problemas

A realização do diagnóstico situacional da população adscrita, possibilitou identificar quais são os principais problemas que afetam a população cadastrada na minha área de abrangência, permitindo planejar e organizar atividades que possam ajudar a resolver ou melhorar estes problemas.

Na realização do trabalho foi utilizado o método de Estimativa Rápida para a identificação dos problemas. Segundo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.38).

[...] A Estimativa Rápida constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais autoridades municipais organizações governamentais e não governamentais etc. que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas.

Este método que apóia o planejamento participativo no sentido de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos distintos, inclusive daqueles menos favorecidos, a partir da própria população, ajudou à equipe no levantamento dos principais problemas que a afetam a população adscrita na área de abrangência. Dentro deles a equipe destacou:

1. Elevado porcentagem de Diabetes Mellitus tipo 1 y 2 no controlados
2. Elevado porcentagem de Hipertensos no controlados.
3. Alta morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares.
4. Deficiente rastreamento do câncer de colo de útero devido a fatores relacionados à baixa adesão das mulheres a fazer o exame citopatológico (Papanicolaou)
5. Alta morbidade por DTS.
6. Alto índice de pacientes obesos.
7. Alto índice de pacientes tabagistas.
8. Maus hábitos dietéticos.
9. Prevalência da população idosa.
10. Elevado índice de usuários que consomem droga e álcool.

11. População da equipe acima de 4000 pacientes, causando que o número de vagas fornecidas para o acompanhamento das doenças crônicas seja insuficiente.
12. O ambiente físico da UBS é insuficiente, conta com poucas salas para fornecimento das consultas do NASF e médicos de apoio.
13. Insuficiência na disponibilidade dos serviços de saúde devido ao retardo na marcação de consultas especializadas.

6.2. Priorização dos problemas

Após fazer uma análise e discussão com minha ESF, foram levantados os principais problemas que afetam a população adscrita à equipe, embora não tivéssemos uma visão muito aprofundada sobre eles, conseguimos fazer uma seleção dos mais importantes com a priorização dos que serão enfrentados. Para isso consideramos os seguintes critérios: importância do problema, urgência, e a própria capacidade para enfrentá-los ou resolvê-los. O quadro. 1 mostra o análise feita, estabelecendo a ordem de prioridade de acordo com os critérios atribuídos.

Quadro 1 - Priorização dos problemas de saúde na Equipe Azul, UBS Bom Jesus. Belo Horizonte/MG. Maio de 2014.

Priorização dos Problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Elevado porcentagem de Diabéticos no controlados	Alta	9	Parcial	1
Elevado porcentagem de Hipertensos no controlados	Alta	9	Parcial	1
Deficiente rastreamento do câncer de colo de útero	Alta	8	Parcial	2
Alta morbi-mortalidade por doenças cardiovasculares	Alta	7	Parcial	3
Maus hábitos dietéticos	Meia	5	Parcial	4
Alto índice de pacientes obesos	Meia	5	Parcial	4
Alto índice de pacientes tabagistas	Meia	5	Parcial	4
Alta morbidade por DTS	Meia	4	Parcial	6
Elevado índice de usuários que consomem droga e álcool	Meia	4	Parcial	6
Retardo na marcação de consultas especializadas	Meia	3	Fora	7

População da equipe acima de 4000 pacientes	Meia	3	Fora	8
O ambiente físico da UBS é insuficiente	Meia	3	Fora	8
Prevalência da população idosa	Meia	2	Fora	9

Fonte: Hernandez

6.3. Descrição do problema selecionado

As equipes de saúde da família lidam no seu cotidiano com doenças que às vezes constituem problemas a resolver pelos profissionais, onde é muito importante analisar as causas dos mesmos. A falta de informação e a utilização inadequada e insuficiente de serviços médicos são problemas comuns que impedem a nossa comunidade o diagnóstico precoce.

Embora o deficiente rastreamento do câncer de colo de útero não ter sido o problema considerado como prioridade nº 1, considero um problema de grande relevância para ser abordado neste projeto. Foram levados em conta os dados coletados pelo método da estimativa rápida e que apontaram que a população, feminina adscrita a Unidade Básica de Saúde Bom Jesus, apresenta uma baixa adesão ao exame preventivo do câncer cérvico - uterino (PCCU), conhecido popularmente como exame de Papanicolaou, que pode ser realizado nos postos ou unidades de saúde que possuam profissionais capacitados para tal função.

6.4. Explicação do problema

O Ministério da Saúde tem demonstrado que o CCU é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano (BRASIL, 2014a).

As lesões que precedem o câncer do colo do útero não têm sintomas, mas podem ser descobertas por meio do exame de Papanicolaou. Quando diagnosticado na fase inicial, as chances de cura são de 100%. Todas as mulheres que têm ou já tiveram atividade sexual, principalmente aquelas com idade entre 25 a 64 anos devem fazer o exame preventivo, incluindo as mulheres grávidas que também podem fazê-lo.

A efetividade da detecção precoce, associada ao tratamento em seus estádios iniciais, tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura (80%) e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (WHO, 2008).

O exame colpocitológico ou teste de Papanicolaou consiste na coleta da secreção do colo do útero, utilizando espátula e escovinha. O material é colocado em uma lâmina de vidro para ser examinado posteriormente num microscópio. Este exame dentre dos métodos de detecção, é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do Câncer do Colo de Útero (CCU), sendo uma técnica amplamente difundida há mais de 40 anos.

O Ministério da Saúde recomenda que o exame citopatológico de Papanicolaou seja realizado em mulheres de 25 a 64 anos de idade uma vez por ano, e após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos (BRASIL, 2014b).

Ao analisar o problema a equipe da Unidade Básica de Saúde Bom Jesus descobriu, após revisar os dados fornecidos pelo SIAB, que no ano 2013 a razão de coleta de exame citopatológico de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos, foi baixa. Considerando a população feminina entre 25 e 64 anos que representam um total de 1393 mulheres (segundo cadastro familiar) só 184 mulheres fizeram o exame de Papanicolaou dos 461 exames estimados para fazer no ano 2013. Para facilitar o processo de descrição, a Equipe de saúde utilizou as informações do Quadro 2 que apresenta os descritores do problema em questão.

Quadro. 2 - Descritores do problema "deficiente rastreamento do câncer de colo de útero" – Equipe Azul. 2013.

Descritores	Valores	Fontes
Razão de coleta de exames cito patológicos de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.	$184 / 461 = 0.4$	SISREDE
Razão de coleta de exames cito patológicos de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.	$184 / 431 = 0.4$	IBGE

Razão de coleta de exames cito patológicos de colo do útero em mulheres de 25 anos e mais	159 / 2100 = 0.1	SISREDE
População feminina de 25 a 64 anos *	1393	Registro da equipe
Total de coletas de exames cito patológicos de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	184	SISREDE
33 % (estimativa 01 exame a cada 03 anos quando o primeiro exame não tiver alterado) do número total de mulheres de 25 a 64 anos cadastrada na ESF, cadastro oficial no BH censo social. **	461	SISREDE

Fonte: Hernandez

* Levantamento feito pelas ACS.

** Estudos epidemiológicos

6.5. Seleção de “nós críticos”

E muito importante que toda mulher seja consciente de que o exame de Papanicolaou realizado periodicamente representa uma estratégia de rastreamento do câncer de colo uterino que pode salvar vidas. Por isso, as atividades de educação em saúde realizadas pelo profissional de saúde constituem uma ferramenta fundamental para prevenção do câncer de colo do útero.

Dada a importância do diagnóstico precoce, as mulheres precisam ser orientadas sobre a importância de fazer o exame de Papanicolaou nas datas previstas, como forma de identificar possíveis lesões ainda na fase de pré-malignidade.

Para identificar as causas de por que as mulheres não fazem o exame de Papanicolaou, a equipe fez um levantamento por meio da Estimativa Rápida e após a análise das informações selecionou como "nós críticos" as situações abaixo relacionadas:

- Baixa escolaridade.
- Nervosismo, vergonha, além de dor e desconforto na coleta.
- Desconhecimento sobre o câncer de colo uterino e baixa percepção do risco de apresentar a doença.
- Desconhecimento da técnica e da importância do exame citopatológico de Papanicolaou.

- Medo de se deparar com resultado positivo para câncer.
- Estrutura dos serviços de saúde.
- Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.
- Às barreiras de acesso ao serviço e às dificuldades econômicas das mulheres para deslocamento.

6.6. Desenho das operações

As ações de controle do câncer de colo de útero podem ser divididas em alguns eixos que melhoram a abordagem do problema. A promoção de saúde, a detecção precoce/rastreamento e o tratamento, que podem ser considerados os mais importantes. As percepções da mulher sobre o que é saúde e doença, suas crenças e experiências vivenciadas por ela a respeito do exame de prevenção (Papanicolaou) determinam o desenvolvimento destas ações.

Considero que é necessária uma atuação diferenciada dos profissionais da saúde com as mulheres em relação ao exame de prevenção, requerendo responsabilidade, respeito à sua intimidade, à sua privacidade, ao seu direito de conhecer e poder conversar sobre o câncer de colo uterino e a prevenção. As respostas da estimativa rápida apontaram a relevância de ações educativas para a população feminina sobre a necessidade e o período para iniciar o exame de prevenção do câncer.

Como já exposto, o tratamento do CCU é mais efetivo quando a doença é diagnóstica nas fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas que, por conseguinte vai diminuir a mortalidade das mulheres devido a esta doença. Portanto, justifica-se a importância das ações para a detecção precoce do CCU sendo necessário o rastreamento das mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolaou ou que não fazem com a frequência desejada.

Depois de explicado o problema e identificadas às causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar nas soluções e estratégias para melhorar a adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou, iniciando a elaboração do projeto de intervenção propriamente dito.

O problema escolhido devido à sua importância pode ser abordado com diferentes ações para seu enfrentamento. Podem ser utilizadas várias abordagens no projeto de intervenção, como por exemplo: abrir agenda específica para atendimento de mulheres que procuram o serviço de saúde por qualquer motivo, criando um tempo exclusivo para atenção a mulher. Pode-se também incluir essas mulheres em grupos operativos de saúde da mulher, realizando atividades de educação em saúde, explicando sobre a doença do câncer do colo do útero, fatores de risco, evolução da doença, exames para seu diagnóstico. Além disso, é muito importante explicar o que é o exame preventivo de Papanicolaou, sua importância, como fazê-lo, e ainda, criar uma dinâmica de grupo, onde as mulheres possam falar sobre seus temores e manusear para os instrumentos utilizados para realização do exame.

Também é importante a implantação de um fichário rotativo que facilite o acompanhamento dessas mulheres, em especial na busca ativa das mesmas pelas ACS. Este fichário pode constituir uma ferramenta para auxiliar no acompanhamento e na busca das mulheres faltosas. Ainda não existem atividades similares na UBS “Bom Jesus”.

Importante também será capacitar os profissionais que realizarem o exame de Papanicolaou, principalmente em relação à abordagem adequada da mulher durante o exame. Algumas enfermeiras e médicos generalistas referem apresentar dificuldade na realização do exame o que sobrecarrega a agenda do ginecologista e subutiliza as vagas disponíveis na agenda da enfermeira. Espera-se que esta ação garanta a disponibilidade de um maior número de vagas para atendimento da mulher com melhor qualidade e, por conseguinte melhorar adesão das mulheres ao exame citopatológico.

Em relação ao desenho das operações pretende-se aumentar o nível de informação das mulheres sobre o câncer do colo de útero e exame citopatológico (Papanicolaou). Para isso, serão criados grupos operativos específicos com apoio do NASF, realizando grupos mensais com foco na saúde da mulher. Estratégias de comunicação serão necessárias para que se tenha mobilização da população participante.

Para a realização desse projeto de intervenção será preciso articular parceria entre a Unidade Básica de Saúde e o setor de Comunicação Social, Secretaria de Educação e Secretaria de Saúde do município. Outro ponto importante é garantir a distribuição dos recursos necessários para fazer o exame preventivo. Serão necessários recursos financeiros e espaço apropriado para as atividades.

Existe ainda, a necessidade de manter contato direto com o Centro de Referência de Propedêutica do Colo Uterino do município para que seja possível alcançar bons resultados e fazer acompanhamento das mulheres com resultados positivos para neoplasia de útero. Objetiva-se melhorar a forma de abordagem dessas mulheres pelo profissional no acolhimento, respeitando a privacidade da paciente, as crenças e costumes. É muito importante que o profissional aproveite esse primeiro contato para criar confiança e explicar às mulheres a importância da realização regular do exame preventivo e fluxo para fazê-lo. Para elevar a cobertura de atendimentos será preciso fazer adequação da agenda do médico e da enfermeira.

O projeto de intervenção foi norteado pela proposta que melhor garanta a adesão das mulheres ao exame citopatológico (Papanicolaou). A partir dos conceitos, normas operacionais e considerando a realidade local; no Quadro. 3 são propostos algumas operações para a organização de um programa para atingir os objetivos propostos.

Quadro.3 Desenho das operações para melhorar à adesão ao exame citopatológico (Papanicolaou) na Equipe Azul da UBS Bom Jesus. Belo Horizonte /MG.

Nó crítico	Operação /Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Desconhecimento sobre o câncer de colo uterino e baixa percepção do risco de apresentar a doença	Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre o câncer de colo uterino.	População mais informada sobre o câncer de colo uterino.	Avaliação do nível de informação da população sobre o câncer de colo uterino; Campanha educativa no jornal e a rádio local; Programa de Saúde Escolar; Capacitação dos ACS. Grupos mensais com foco na saúde abordando diversos temas como: prevenção do CCU.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação inter-setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Aprovação do projeto

<p>Desconhecimento da técnica e da importância do exame citopatológico (Papanicolaou).</p>	<p>Saber + Saúde</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre a técnica e a importância do exame citopatológico.</p>	<p>Mulheres mais informadas sobre a técnica e a importância do exame citopatológico;</p> <p>Aumentar a um 60% a adesão ao exame citopatológico da minha ESF em um ano.</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população o exame citopatológico;</p> <p>Campanha educativa na rádio local;</p> <p>Programa de Saúde Escolar;</p> <p>Capacitação dos ACS.</p>	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas;</p> <p>Organizacional: organização da agenda;</p> <p>Político: articulação inter - setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.</p>
<p>Estrutura dos serviços de saúde.</p>	<p>Cuidar Melhor.</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das mulheres com qualidade.</p> <p>Capacitação dos profissionais que realizam o exame de Papanicolaou</p>	<p>Garantia de materiais e insumos previstos para fazer a coleta do exame ao 80% das mulheres de 25 a 64 anos.</p> <p>Disponibilizar sala com condições de necessárias para a realização do exame.</p>	<p>Contratação de compra de medicamentos, materiais e insumos previstos;</p> <p>Consultas especializadas;</p> <p>Profissionais com maior aptidão para realizar o exame de Papanicolaou.</p>	<p>Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;</p> <p>Financeiros: aumento da oferta de exames e consultas e</p> <p>Cognitivo: elaboração do projeto de adequação.</p>
<p>Processo de trabalho da Equipe</p>	<p>Linha de Cuidado</p> <p>Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à mulher;</p> <p>Dispor o tempo na agenda da equipe para atendimento da mulher;</p> <p>Aperfeiçoar agenda do médico geralista, enfermeira e ginecologista.</p>	<p>Aumentar a cobertura a um 80% da população feminina acima dos 15 anos;</p> <p>Aumentar a cobertura de exame preventivo;</p> <p>Aumentar a disponibilidade de vagas para coleta de citopatológico;</p> <p>Redução da fila de espera para fazer exame de Papanicolaou.</p>	<p>Linha de cuidado para atenção à mulher;</p> <p>Protocolos implantados;</p> <p>Recursos humanos capacitados;</p> <p>Regulação implantada;</p> <p>Gestão da linha de cuidado.</p>	<p>Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos;</p> <p>Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;</p> <p>Organizacional: adequação de fluxos.</p>

Fonte: Hernandez

6.7. Recursos críticos

Para o desenvolvimento do projeto é importante que a equipe tenha clareza de quais são os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações e analisar a viabilidade do plano de ação. No Quadro 4 são apresentados os recursos críticos que foram identificados para o enfrentamento do problema.

Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema Deficiente rastreamento do câncer de colo de útero. Equipe Azul da UBS Bom Jesus. Belo Horizonte /MG.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre o câncer de colo uterino.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação inter-setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Aprovação do projeto
Saber + Saúde Aumentar o nível de informação da população sobre a técnica e a importância do exame citopatológico	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação inter-setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Cuidar Melhor. Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento das mulheres com qualidade; Capacitação dos profissionais que realizam o exame de Papanicolaou	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento da oferta de exames e consultas; Cognitivo: elaboração do projeto de adequação.
Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à mulher; Disponibilizar o tempo na agenda da equipe para atendimento da mulher; Aperfeiçoar agenda do médico generalista, enfermeira e ginecologista.	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos.

Fonte: Hernandez

6.8. Análise de viabilidade do plano.

Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Análise e viabilidade do plano				
Operação /Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre o câncer de colo uterino.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação inter - setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Aprovação do projeto	Secretário de saúde	Favorável	Não é necessária
		ESF	Favorável	
		Secretaria de educação	Favorável	
Saber + Saúde Aumentar o nível de informação da população sobre a técnica e a importância do exame citopatológico	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação inter - setorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.	Secretário de saúde	Favorável	Não é necessária
		ESF	Favorável	
		Secretaria de educação	Favorável	
Cuidar Melhor. Melhorar a estrutura do serviço	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;	Prefeito Municipal.	Favorável	Apresentar projeto de

para o atendimento das mulheres com qualidade; Capacitação dos profissionais que realizam o exame de Papanicolaou	Financeiros: aumento da oferta de exames e consultas; Cognitivo: elaboração do projeto de adequação.	Secretário de Saúde. Secretário Municipal de Saúde.	Favorável Indiferente	estruturação da rede
Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à mulher; Disponibilizar o tempo na agenda da equipe para atendimento da mulher; Aperfeiçoar agenda do médico generalista, enfermeira e ginecologista.	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos.	Secretaria municipal de saúde.	Favorável	Não é necessária

Fonte: Hernandez

6.9. Elaboração do plano operativo

A equipe ESF, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento do projeto de intervenção, definiu por consenso as operações/projetos a serem desenvolvidas, os resultados e produtos esperados, bem como a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme apresentado no Quadro 6, a seguir.

Quadro 6 - Plano operativo.

Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre o câncer de colo uterino.	População mais informada sobre o câncer de colo uterino.	Avaliação do nível de informação da população sobre o câncer de colo uterino; Campanha educativa no jornal e a rádio local; Programa de Saúde Escolar; Capacitação dos ACS. Grupos mensais com foco na saúde abordando diversos temas como: prevenção do CCU.	Não é necessária	Dra. Yoandra Pérez Enf: Valeria Neves	Prazo: Início das atividades em dois meses e término em 12 meses; Avaliações a cada semestre.
Saber + Saúde Aumentar o nível de informação da população sobre a técnica e a importância do exame citopatológico	Mulheres mais informadas sobre a técnica e a importância do exame citopatológico; Aumentar a um 60% a adesão ao exame citopatológico da minha ESF em um ano.	Avaliação do nível de informação da população o exame citopatológico; Campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; Capacitação dos ACS.	Não é necessária	Dra. Yoandra Pérez Enf: Valeria Neves	Prazo: Três meses para o início das atividades; Avaliações a cada trimestre.
Cuidar Melhor. Melhorar a estrutura	Garantia de materiais e insumos previstos para	Contratação de compra de medicamentos, materiais	Apresentar projeto de	Gerente Aux Enf:	Prazo: Início das atividades em dois

do serviço para o atendimento das mulheres com qualidade; Capacitação dos profissionais que realizam o exame de Papanicolaou	fazer a coleta do exame ao 80% das mulheres de 25 a 64 anos. Disponibilizar sala com condições de necessárias para a realização do exame.	e insumos previstos; Consultas especializadas; Profissionais com maior aptidão para realizar o exame de Papanicolaou.	estruturação da rede	Ethel Gabriela Ginecologo da UBS: Paulo Marcio	meses; Seis meses para capacitar a todos os profissionais; Avaliações a cada semestre
Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção à mulher; Disponibilizar o tempo na agenda da equipe para atendimento da mulher; Aperfeiçoar agenda do médico generalista, enfermeira e ginecologista.	Aumentar a cobertura a um 80% da população feminina acima dos 15 anos; Aumentar a cobertura de exame preventivo; Aumentar a disponibilidade de vagas para coleta de citopatológico; Redução da fila de espera para fazer exame de Papanicolaou.	Linha de cuidado para atenção à mulher; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado.	Não é necessária	Enf: Valeria Neves Dra: Yoandra Pérez Gerente da UBS	Prazo: Início das atividades em 1 mês com término em 1 ano; Avaliação a cada quadrimestre

Fonte: Hernandez

6. 10. Gestão do Projeto de Intervenção

Com o desenvolvimento deste projeto, pretende-se oferecer educação para saúde para as mulheres que procuram o serviço de saúde da equipe azul na UBS “Bom Jesus”, para que elas possam conhecer a importância de fazer o exame preventivo, contribuindo para o rastreamento do câncer de colo do útero. Com essas ações, busca-se evitar as complicações e óbitos devido a esta doença, que pode ter cura se for detectada precocemente, repercutindo num menor custo econômico, familiar e social.

O monitoramento do projeto de intervenção encontra-se no Quadro 7, apresentado a seguir, e sua elaboração contou com a participação de todos os profissionais que irão participar dele. Também foi discutido com a gerente da UBS e foram convidadas pessoas que irão participar como apoio do projeto. Neste momento, o projeto encontra-se na fase de organização das atividades propostas devido aos recursos necessários para o seu desenvolvimento.

Quadro. 7 Monitoramento e avaliação das ações realizadas para melhorar à adesão ao exame citopatológico na Equipe Azul da UBS Bom Jesus. Belo Horizonte /MG.

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Saber +	Avaliação do nível de informação da população sobre o câncer de colo uterino;	Yoandra Perez	Início em dois meses e término em seis meses.	Programa implantado e implementado em todas as micro áreas.		
	Campanha educativa na rádio local;	Valeria Neves	Início em três meses e término em 12 meses.	Programa para implementar.	Formato e duração do programa e conteúdos definidos, falta definição de horário pela emissora local.	Um mês
	Programa de Saúde Escolar;	Valeria Neves	Início em seis meses; Avaliações a cada semestre.	Atrasado	Projeto ainda em discussão com as Secretarias Municipais de Saúde e Educação.	Dois meses
	Capacitação dos ACS.	Yoandra Pérez	Início em dois meses e término em 3 meses.	Programa e conteúdos definidos. Palestras já realizadas.		
Saber + Saúde	Avaliação do nível de informação da população o exame citopatológico de Papanicolaou;	Yoandra Pérez	Início em três meses e término em 12 meses.	Programa implantado.		
	Campanha educativa na rádio local;	Valeria Neves	Início em três meses e término em 12 meses.	Programa para implementar.	Formato e duração do programa e conteúdos definidos, falta definição de horário pela emissora local.	
	Programa de Saúde Escolar;	Valeria Neves	Início em seis meses; Avaliações a cada semestre.	Atrasado	Projeto ainda em discussão com as Secretarias Municipais de Saúde e Educação.	
	Capacitação dos ACS.	Yoandra Pérez	Início em dois meses e término em 3 meses.	Programa e conteúdos definidos. Palestras já realizadas.		
Cuidar melhor	Solicitação de compra de medicamentos, materiais e insumos previstos;	Gerente y Aux Enf: Ethel Gabriela	Início em quatro meses e finalização em oito meses.	Atrasado	Projeto ainda em discussão com a Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura	Dois meses
	Consultas especializadas;	Ginecologista da UBS: Paulo Marcio	Início em dois meses	Já definida agenda		

Linha de Cuidado	Linha de cuidado para atenção à mulher; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado.	Enf: Valeria Neves Dra: Yoandra Pérez Dra: Yoandra Pérez Gerente da UBS Gerente da UBS	Um mês com início das reuniões de imediato, com término em 12 meses. Início em três meses. Início em três meses.	Atraso no início das reuniões.	Projeto ainda em discussão com a Gerente da UBS e Gestores municipais.	Um mês
-------------------------	---	--	--	--------------------------------	--	--------

Fonte: Hernandez

O projeto de intervenção terá a duração de um ano, com encontros mensais com as pessoas envolvidas. Todas as atividades serão previamente planejadas e seguidas conforme estrutura do projeto. As usuárias ao participar de grupos operativos e serão convidadas com antecedência.

A avaliação do projeto será realizada por todos os membros da equipe aproveitando as reuniões mensais para discussões e pontuações de cada atividade proposta e realizada na unidade básica de saúde. Serão abordados os pontos positivos e os negativos até o momento de sua execução.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do projeto de intervenção foram etapas fundamentais no processo de planejamento e demandaram algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso.

A partir da revisão da literatura no que se refere à prevenção do câncer do colo de útero podemos concluir que o trabalho feito na prática profissional no dia a dia é ainda insuficiente se refletimos como é o modelo ideal e a distância da realidade atual; porém o empenho em aperfeiçoar as ações realizadas e modificar o contexto atual mostra que as equipes de saúde da família têm grande potencial para atingir a redução da incidência e letalidade do câncer de colo do útero.

Durante a realização da estimativa rápida foram identificados os motivos pelos quais as mulheres da área de abrangência da equipe não fazem exame preventivo de Papanicolaou, dentre deles figuram: o desconhecimento sobre o câncer de colo uterino e baixa percepção do risco de apresentar a doença, assim também a falta de informação respeito ao exame citopatológico de Papanicolaou, à técnica da realização e à importância de fazê-lo em tempo hábil. Outras causas sinaladas foram: vergonha, dor e desconforto na coleta, nervosismo e medo de se deparar com resultado positivo para câncer, coincidindo com outras pesquisas feitas por outros autores, o que evidencia que a não adesão ao exame de prevenção está diretamente relacionado à falta de conhecimento sobre o CCU. Isso torna às ações educativas uma prioridade na reorganização da assistência à mulher.

A grande importância deste trabalho consiste em melhorar a qualidade de assistência que é prestada pela equipe de saúde na atenção da mulher na área de abrangência, este projeto poderá contribuir para que a usuária tenha uma melhor qualidade de vida. Com isso espera-se que ocorra um aumento de exames Papanicolaou na área de abrangência da equipe; e aumentar desta forma a detecção precoce do câncer do colo do útero diminuindo sua mortalidade.

REFERÊNCIAS

ABREU, E. Pró-Onco 10 anos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.43 n. 4, out./dez. 1997. Disponível em:

http://www.inca.gov.br/rbc/n_43/v04/editorial.html. Acesso em: 10 jun. 2015.

ANTTILA, A. *et al.* Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. **Eur J Cancer**. [online], ago.2009; v. 45, n. 15, p.2649-5. Disponível em: <<http://www.ejcancer.com/>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

ARBYN, M. *et al.* Trends of cervical cancer mortality in the Member States of the European Union. **Eur J Cancer**. [online], ago.2009; v.45, n.15, p.2640-8. Disponível em: <<http://www.ejcancer.com/>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, PBH/HISTÓRIA. **Tempos de Arraial**. [online], 2007. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade>>. Acesso em: 17 dez. 2014.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Prevenção e controle de câncer do colo do útero** – protocolos de atenção à saúde da mulher 2008. SMSPBH, 2008. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/cancercolo.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte - URBEL. **Déficit habitacional nacional, estadual e municipal**. Belo Horizonte: PBH/URBEL, 2012. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=urbel&lang=pt_BR&pg=5580&tax=34167>. Acesso em: 21 fev. 2015.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Plano Municipal de Saneamento de Belo Horizonte 2012/2015**. [online]. v.1, p. 22-29, jan.2013a. Disponível em:

<<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=19768&chPlc=19768&&pldPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Sala de notícias. **PBH vai investir cerca de R\$ 49 bi na cidade nos próximos quatro anos.** [online]. sep. 2013b. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=125315&app=salanoticias>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte, PBH/HISTÓRIA ANOS 80 E 90. **Os cidadãos redescobrem Belo Horizonte.** [online], 2014a. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Sala de notícias. **Pesquisa aponta BH como a melhor capital do Brasil.**[online]. nov. 2014b. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=179331&pldPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **PBH / Conselho Municipal de Saúde.** [online]. 2014c. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&app=cms&pg=7122&tax=17863>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. PBH/Saúde. **Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde.** [online]. 2014d. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&app=saude&pg=5571&tax=7481>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. PBH/Sala de notícias. **Médicos de Família e Comunidade fortalecem a Rede SUS-BH.** [online]. dez/2014e. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=185425&&pldPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984, p.27. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf> Acesso em: 14 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. [online]. Rio de Janeiro: INCA; 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uteropdf>. Acesso em: 13 mar. 2015.

BRASIL. **Sistema de Informação Básica em Saúde (SIAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 02 jan. 15

BRASIL. Ministério de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres de colo de útero e de mama. **Caderno de Atenção Básica**, n. 13. 2. ed. Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>> Acesso em: 02 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. **Controle do Câncer do Colo do Útero**. INCA; 2014b, [online]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterohistorico_acoes>. Acesso em: 04 abr. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2014c. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 14 dez. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Belo Horizonte - Minas Gerais. Histórico**. IBGE, 2014d. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/belohorizonte.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPMED, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2014.

CHAVES de RESENDE, M. L.; LANGFUR, H. O ouro vermelho de Minas Gerais. **Revista de História .com.br**. [online], set. 2007. Disponível em: <<http://www.revistadehistoria.com.br/secao/capa/o-ouro-vermelho-de-minas-gerais>>. Acesso em: 17 dez. 2014.

COELHO, S.; PORTO, Y. F. **Saúde da mulher**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPMED. 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Saude_da_mulher_2/223>. Acesso em: 25 maio 2014.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG/COOPMED, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 05 dez. 2014.

DUAVY, L. M. *et al.* A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 12, n.3, Rio de Janeiro, Maio/Jun, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300024>. Acesso em: 04 abr. 2015.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFGM/COOPMED, 2009.

FERREIRA, M. de L. da S. M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.** abr-jun. v.13, n.2, p: 378-84, 2009.

GONÇALVES, C. V. *et al.* Cobertura do citopatológico do colo uterino em Unidades Básicas de Saúde da Família. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 33, n. 9, Rio de Janeiro, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032011000900007&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 mar. 2015.

MARTINS, L. O.; PINHEIRO, A. K. B.; VASCONCELOS, C. T. M.; PINTO JUNIOR, J. S. F. Exame de Papanicolaou: fatores que influenciam as mulheres a não receberem o resultado. **Enferm. glob.** [online]. 2010, n. 20, p. 0-0. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 mar. 2015.

MERIGHI, B. M. A.; HAMANO, L.; CAVALCANTE, G. L. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. **Rev. Esc. Enferm. USP.** [online]. v. 36, n.3, São Paulo, set. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000300012>. Acesso em: 04 abr. 2015.

OLIVEIRA, M. M. H. N. *et al.* Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Rev Bras Epidemiol.** [online]. 2006, v.9, n. 3, p. 325-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n3/06.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco – PAV/MG. **Situação do câncer em Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde:** estimativas de incidência e mortalidade para o ano 2013, válidas para 2014: perfil da mortalidade: perfil da

assistência na alta complexidade. Belo Horizonte: SES-MG, 2013. v.1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n3/06.pdf>>. Acesso em: 04. abr. 2015.

PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2014.

PINHO, A. A.; FRANÇA, J. I. Prevenção do câncer de colo o útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev Bras Saúde Mater Infant**. Recife Jan./Mar., 2003, v. 3, n.1, p. 34-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000100012>. Acesso em: 13 mar. 2015.

VARELLA, D. **Câncer do colo do útero**. 2012. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/cancer-de-colo-de-uter>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

VASCONCELOS, C. T. M. *et al.* Análise da cobertura e dos exames colpocitológico não retirados de uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2010, vol. 44, n.2, p. 324-330. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200012>. Acesso em: 02 fev. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Agency for Reserch on Câncer**. Globocan 2008. Lyon 2008. Disponível em: <[globocan.iarc.fr./](http://globocan.iarc.fr/)>. Acesso em: 26 jun. 2014.