

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

EBERT EUSEBIO LEON MARTINEZ

**PREVENÇÃO DE FATORES DE RISCO DA NEOPLASIA DE COLO DE
ÚTERO EM MULHERES DE 25 ATÉ 64 ANOS NA UNIDADE BASICA DE
SAUDE DA FAMILIA MARIA DE FATIMA NO MUNICIPIO RIO BRANCO,
ESTADO ACRE**

RIO BRANCO-ACRE

2018

EBERT EUSEBIO LEON MARTINEZ

PREVENÇÃO DE FATORES DE RISCO DA NEOPLASIA DE COLO DE ÚTERO EM MULHERES DE 25 ATÉ 64 ANOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA DE FÁTIMA NO MUNICÍPIO RIO BRANCO, ESTADO ACRE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão no Cuidado na Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Dra Marília Rezende da Silveira

RIO BRANCO-ACRE

2018

EBERT EUSEBIO LEON MARTINEZ

PREVENÇÃO DE FATORES DE RISCO DA NEOPLASIA DE COLO DE ÚTERO EM MULHERES DE 25 ATÉ 64 ANOS NA UNIDADE BASICA DE SAUDE DA FAMILIA MARIA DE FATIMA NO MUNICIPIO RIO BRANCO, ESTADO ACRE

Banca examinadora

Examinador 1: Professor(a). Dra.Marília Rezende da Silveira - UFMG

Examinador 2: Dra. Maria Marta Amancio Amorim – Centro Universitário Una. Belo Horizonte.

Aprovado em de de.2018

DEDICATÓRIA

A Deus, que mostrou-se criador, e criativo. Seu fôlego de vida em mim foi meu sustento e deu-me coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades. À minha mãe e meus irmãos, por sua capacidade de acreditarem e investirem em mim.

AGRADECIMENTOS

À minha equipe da Unidade Básica de Saúde “Maria de Fátima II” e à minha Gerente, Josileidis, pela paciência e apoio no trabalho. Pessoas que fazem de minha profissão, a mais linda do mundo. Agradeço também a minha orientadora a Dra. Marília Rezende da Silveira pela ajuda na elaboração do TCC. Muito obrigado.

“Aquele que não tem tempo para cuidar da saúde vai ter que arrumar tempo para cuidar da doença”.

Lair Ribeiro

RESUMO

As neoplasias do colo de útero apresentam como a quarta causa de morte por câncer em mulheres no Brasil. A alta incidência dos fatores de risco e o não diagnóstico precoce são os principais problemas no seu surgimento e nas suas complicações. O presente trabalho trata-se de um plano de intervenção que objetiva prevenir os fatores de risco do câncer de colo de útero nas mulheres de 25 até 59 anos da Unidade Básica de Saúde da Família, no município Rio Branco, estado Acre. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional, fundamentado pela revisão da literatura sobre a temática, na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: neoplasias do colo útero e fatores de risco. Como estratégia de ação procurou-se não apenas focar no controle dos fatores de risco e da doença, também uma atenção prioritária para a prevenção dos mesmos. Com a implantação do plano de ação a equipe da Unidade Básica de Saúde espera diminuir os fatores de risco do câncer de colo de útero das pacientes da área de abrangência, com mudanças de estilos de vida na população e da comunidade em geral.

Palavras chave: Neoplasias do Colo de Útero. Fatores de Risco. Atenção Básica.

ABSTRACT

Cervical neoplasms present as the fourth cause of cancer death in women in Brazil. The high incidence of risk factors and early non-diagnosis are the main problems in its onset and complications. The present study is an intervention plan that aims to prevent cervical cancer risk factors in women aged 25 to 59 years of the Basic Family Health Unit in the city of Rio Branco, Acre State. For the development of the Intervention Plan, the Situational Strategic Planning method was used, based on a review of the literature on the subject, in the Virtual Health Library, with the descriptors: cervical neoplasias and risk factors. As a strategy for action, we sought not only to focus on the control of risk factors and disease, but also a priority attention for the prevention of these factors. With the implementation of the action plan, the team of the Basic Health Unit hopes to reduce the cervical cancer risk factors of patients in the coverage area, with changes in lifestyles in the population and the community in general.

Keywords: Uterine cervix neoplasms. Risk factors. Basic Attention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CCU	Câncer de Colo de Útero
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPV	Papiloma Vírus Humano.
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NIC	Neoplasia Intra - Epitelial Cervical
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCCU	Preventivo do Câncer de Colo de Útero
PUBMED	Public Medline
SAERB	Serviço de Água e Esgoto de Rio Branco
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde.
SCIELO	Scientific Electronic Library online
SISCEL/SICLOM	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais/Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família.
UNINORTE	Centro Universitário do Norte
UFAC	Universidade Federal do Acre

URAP

Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Maria de Fátima II, Unidade Básica de Saúde, Maria de Fátima, município Rio Branco, Estado do Acre.....	19
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco no aparecimento de câncer de colo de útero, nas mulheres de 25 até 64 anos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Fatima II, do município Rio Branco, estado de Acre	37
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco no aparecimento de câncer de colo de útero, nas mulheres de 25 até 64 anos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Fatima II, do município Rio Branco, estado de Acre.	39
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco no aparecimento de câncer de colo de útero, nas mulheres de 25 até 64 anos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Fatima II, do município Rio Branco, estado de Acre.....	40
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco no aparecimento de câncer de colo de útero, nas mulheres de 25 até 64 anos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Fatima II, do município Rio Branco, estado de Acre.	41
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Alta	

incidência de fatores de risco no aparecimento de câncer de colo de útero, nas mulheres de 25 até 64 anos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Fatima II, do município Rio Branco, estado de Acre..... 42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Aspectos gerais do município Rio Branco	14
1.2 Aspectos da Comunidade	16
1.3 O sistema municipal de Saúde.	17
1.4 A Unidade Básica de Saúde Maria de Fátima	17
1.5 A equipe de Saúde Maria de Fátima II, da UBS Maria de Fátima	19
1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde da equipe Maria de Fátima II	19
1.7 O dia a dia da equipe Maria de Fátima II	19
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	19
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	20
2 JUSTIFICATIVA	24
3 OBJETIVOS	25
3.1 Geral	25
3.2 Específicos	25
4 METODOLOGIA	26
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	35
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	35
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	35
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	36
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	37
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do município Rio Branco

Rio Branco é um município brasileiro, capital do Estado do Acre, na Região Norte do país e principal centro financeiro, corporativo e mercantil do Estado. Distante 3.030 quilômetros de Brasília, capital federal, localiza-se às margens do Rio Acre, no Vale do Acre e na microrregião homônima. (IBGE, 2018)

Sua população, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), é de 401 155 habitantes, fazendo de Rio Branco a sexta cidade mais populosa da Região Norte do Brasil. Sua área territorial é de 9.222,58 km², sendo o quinto município do estado em tamanho territorial (IBGE, 2018).

O povoamento da região de Rio Branco se deu no início do século XIX, com a chegada de nordestinos. O desenvolvimento do município ocorreu durante um grande período dado pelo Ciclo da Borracha. Nessa época ocorreu ainda uma miscigenação da população, com traços do branco nordestino com índios Kulinaã, sendo que houve também influência de povos vindos de outras regiões do mundo, como turcos, portugueses, libaneses e outros (AABB RIO BRANCO, 2018).

Rio Branco se localiza a 9°58'29" sul e a 67°48'36" oeste, numa altitude de 153 metros acima do nível do mar. A cidade é cortada pelo rio Acre, que divide a cidade em duas partes denominadas Primeiro e Segundo Distritos. Atualmente, o rio é atravessado por seis passarelas - a mais nova é a Passarela Joaquim Macedo. (IBGE, 2018).

A prefeitura de Rio Branco, divide a cidade em 7 áreas urbanas, denominadas regionais. Cada regional possui peculiaridades, já que foram definidas com base em fatores socioeconômicos, compreendendo bairros e conjuntos com características semelhantes. Elas são numeradas de I a VII, sendo que cinco delas se localizam no 1º distrito: II, III, IV, V, VI; e outras duas no 2º distrito: I, VII. As regionais são compostas por aproximadamente 110 bairros. (AABB RIO BRANCO, 2018)

A atividade econômica fundamental de Rio Branco é a vegetal onde é exportado o açaí e outros vegetais, também a produção de borrachas e a comercialização de madeira (IBGE, 2018).

A comunicação está muito desenvolvida sendo principalmente pela internet, tem emissora de rádio local e um canal de televisão TV Gazeta onde tem muita variedade de programas informativos e culturais do município. A telefonia maior é realizada pela Oi, Vivo e Claro facilitando a comunicação das pessoas (IBGE, 2018).

A educação no Rio Branco está bem estruturada com muitas escolas para ensino fundamental e médio. Para o nível superior tem a Universidade Federal do Acre (UFAC) e O Centro Universitário do Norte (UNINORTE) que são os principais institutos universitários com possibilidade para estudar as diferentes profissões, além disso tem Faculdade de Teologia e Filosofia, dentre outras, sendo a UFAC, a única universidade pública estadual. (AABB RIO BRANCO, 2018)

A cidade tem boas condições nas moradias e nas ruas (quase todas pavimentadas). Nas periferias os bairros ainda apresentam algumas dificuldades pelos buracos que apresentam as ruas e, as condições de moradia são mais difíceis nessas localidades. De forma geral o transporte funciona sem dificuldade. Tem ônibus para o transporte público para quase a totalidade dos locais do município, além dos taxis e as motos taxis também utilizadas pela população. O abastecimento de água está bem estruturado também para quase a totalidade da população que tem abastecimento de água potável. O esgotamento sanitário do município está controlado pela empresa de Servicios de Água e Esgotamento Sanitário (SAERB), bem estruturado também com caminhões para este fim. (IBGE, 2018)

Enquanto nos centros comerciais o município tem variedade, com centros comerciais grandes como o Shopping, o Havans, os Araujos, as lojas Gazim,

Romera, Mercale, Pague Pouco, dentre outras, **nos** pequenos centros comerciais, a população também faz as principais compras. (AABB RIO BRANCO, 2018)

A iluminação pública também é boa, todas as ruas são iluminadas facilitando o transporte noturno e todas as moradias têm serviço de eletricidade para facilitar a vida cotidiana. A empresa responsável é a Centrias Elétricas Brasileiras S.A (ELETROBRAS) com serviço de eficiência. (IBGE, 2018)

O serviço de correio também apresenta adequada estrutura com um centro principal de distribuição e as oficinas de correios onde é distribuído todo o material de correio pelos bairros. (IBGE, 2018)

De forma geral o funcionamento da cidade está bem desenvolvido. Os principais problemas que tem é o perigo das periferias por causa da violência dentre facções e muito contrabando de drogas pela fronteira com Bolívia e Peru. (IBGE, 2018)

1.2 Aspectos da comunidade

O território da Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria de Fátima compreende uma população de 9670 pessoas, num total de 2322 famílias, atendida por duas equipes de saúde. Ela fica a uma distância de 3 km do centro da cidade.

Dentre as suas várias características podemos citar o alto índice de analfabetismo; elevada migração da população rural; alta periculosidade por problemas relacionados a drogas; alto índice de doenças infecciosas, como a tuberculose, e de doenças sexualmente transmissíveis.

A maioria das casas possui condição aceitável. As ruas têm asfalto, o abastecimento de água é bom, e dispõe de escolas públicas de ensino fundamental e médio para a comunidade. A religiosidade da população é

variável, com maior predomínio da religião evangélica. Existem algumas igrejas e pequenas comunidades nas casas dos próprios moradores da comunidade.

1.3 O sistema municipal de saúde

O Sistema de Saúde de Rio Branco possui, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2017), 598 Centros de Saúde, dos quais 73 são UBS, 5 hospitais, 8 Programas de Agentes Comunitários de Saúde - PACS (7 da zona urbana e 1 rural), 5 Unidades de Referência de Atenção Primária (URAP), 3 Policlínicas, 2 Unidades Móveis para o atendimento da população rural (BRASIL, 2018).

A maioria das UBS possui equipe completa de profissionais, composta de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), cuja finalidade é garantir o atendimento da população nas comunidades, fazer o acolhimento dos pacientes de demanda espontânea, o acompanhamento de pacientes crônicos, além de realizar atividades de promoção e prevenção, bem como, estimular a participação social nas ações de saúde. (COSTA; CARBONE, 2009)

1.4 A Unidade Básica de Saúde Maria de Fátima

A UBS Maria de Fátima tem sob sua responsabilidade o atendimento da comunidade Bahia – Palheiral, que abrange os bairros Bahia Velha, Bahia Nova, Glória, Pista e Carandá.

Nossa área de abrangência atendida pela equipe de saúde Maria de Fátima II tem uma população de 3434 pessoas, distribuídos em 858 famílias, o resto da população são atendidos pela equipe Maria de Fátima I.

Atualmente a UBS Maria de Fátima fica no bairro Bahia Nova, um pouco longe do centro da cidade, mas, considerada área urbana, que segue os protocolos do Ministério da Saúde e é integrada completamente às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Conta com a maioria dos ambientes descritos no

Manual de Estrutura Física das UBS, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), quais sejam: uma sala de espera para 20 - 30 pessoas; sala de reuniões; local para ações educativas e atividades de grupos; dois consultórios médicos; dois consultórios de enfermagem; sala de vacina; sala de curativos e procedimentos; farmácia; equipamento odontológico; área de compressor; sanitário para usuários; banheiro para funcionários; copa/cozinha; depósito de materiais de limpeza; sala de esterilização; abrigo de resíduos sólidos e biológicos. Enfim, possui uma boa estrutura, com sinalização em todos os ambientes descritos, acomodando muito bem os recursos humanos que lá trabalham ou é atendido, o que facilita o desenvolvimento do trabalho.

Cada equipe possui 1 médico, 1 enfermeiro e 10 ACS, porém, há somente 1 técnico de enfermagem, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 odontóloga para as duas equipes. São realizados atendimentos das grávidas; puérperas; crianças; mulheres entre 25 e 64 anos, as quais são acompanhadas na prevenção de câncer de colo de útero; mulheres entre 50 e 69 anos, residentes na área, acompanhadas na prevenção de câncer de mama; acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Também realizam-se ações de imunizações; diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mental; alcoolismo; obesidade; sedentarismo; tabagismo; promoção à saúde; educação sobre as principais doenças bucais; doenças crônicas e planejamento familiar, todas com um percentual de 100% de cobertura.

Todas as ações são registradas nos prontuários individuais dos pacientes e, as consultas programadas, devidamente agendadas num livro de registros exclusivo para esse fim.

O planejamento das ações educativas é feito conjuntamente com toda a equipe de saúde, principalmente nos grupos especiais de idosos, hipertensos, diabéticos, grávidas, crianças, puérperas, etc. O trabalho diário consiste em consultas médicas e de enfermagem, bem como, das visitas domiciliares. Tudo de maneira bem integrada e articulada, primando sempre por uma boa relação com a comunidade.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Maria de Fátima II da Unidade Básica de Saúde Maria de Fátima.

A equipe Maria de Fátima II é responsável pelos atendimentos dos bairros Gloria, Pista e parte do bairro Bahia Nova. Possui um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e 10 ACS.

1.6 O funcionamento da UBS da equipe Maria de Fátima II

Os atendimentos são feitos de segunda a sexta feira, das 7:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00 para as consultas médicas, de enfermagem, vacinas, curativos. Para o médico tem planejado um dia para o curso de especialização que é todas quintas feiras, exigência para sua permanência no Programa. Há livro de agendamento para as duas equipes de saúde no atendimento da demanda espontânea e vagas para os atendimentos de urgências. Todos os atendimentos são feitos pelo SUS (eletrônico).

1.7 O dia a dia da equipe Maria de Fátima II

De segunda até sexta feira sempre tem na recepção da UBS um ACS da equipe para em conjunto com os outros ACS das outras duas equipes fazer o acolhimento dos pacientes e o agendamento das consultas. A maior parte do tempo são feitas visitas domiciliares para a área de abrangência visitando os pacientes que estejam mais complicados, orientando a comunidade sobre os atendimentos e fazendo o rastreamento da população. O médico é o responsável pelos atendimentos em consultas e todas as terças feiras, no horário da tarde, faz visitas domiciliares em conjunto com os ACS. A enfermeira é a responsável de fazer todos os atendimentos de enfermagem. Todos em conjunto procuramos levar saúde para toda a população da nossa área de abrangência e promoção dos estilos de vida saudáveis.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Utilizou-se o Diagnóstico Situacional para a identificação dos principais problemas da comunidade e, o método de Estimativa Rápida para o

levantamento dos dados, para os quais a principal fonte de informação constituiu-se de entrevistas com informantes-chaves, trabalhadores da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), moradores da área de abrangência, as consultas médicas e de enfermagem, as visitas domiciliares e o acolhimento, identificando os problemas de saúde prevalentes. Os dados secundários de Rio Branco e da UBSF Maria de Fátima II foram extraídos do site da Prefeitura Municipal de Rio Branco e disponibilizados ao acesso online bem como, os registros existentes na UBSF.

Os problemas que afetam território e a comunidade foram:

1. Baixo rastreamento dos fatores de risco de câncer de colo de útero nas mulheres de 25 até 64 anos.
2. Alto consumo de álcool e drogas.
3. Alto índice de patologias crônicas descontroladas como hipertensão arterial e diabetes mellitus.
4. Cadastramento da população por microáreas incompleto.
5. Alto índice de infecções de transmissão sexual como sífilis, gonorréia, condiloma.
6. Alto índice de vetores transmissores de doenças virais como dengue e Zika.
7. Alto índice de infecções respiratórias agudas.
8. Dificuldade na disponibilidade de medicamentos na UBSF para o tratamento das doenças.

1.9 Priorização dos problemas. (Segundo passo)

Com os critérios da equipe básica de saúde Maria de Fátima II e tendo em conta a relevância, urgência e capacidade de enfrentamento dos problemas identificados estabeleceu-se as prioridades em ordem decrescente. Um aspecto importante para apontar na priorização foi a disponibilidade dos recursos e a participação da comunidade.

Em ordem de prioridade decrescente os problemas priorizados foram:

1. Baixo rastreamento dos fatores de risco de câncer de colo de útero nas mulheres de 25 até 64 anos.
2. Alto índice de infecções de transmissão sexual como sífilis, condiloma e blenorragia
3. Alto índice de patologias crônicas descontroladas como hipertensão arterial e diabetes mellitus.
4. Alto índice de vetores transmissores de doenças virais como dengue e Zika.
5. Alto índice de infecções respiratórias agudas.

Estabeleceu-se a prioridade tomando em conta a importância, urgência, capacidade de enfrentamento e a priorização.

No quadro 1 foi apresentada a classificação de prioridade dos problemas identificados no diagnóstico de saúde da comunidade atendida pela equipe de Saúde Maria de Fátima II.

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Maria de Fátima II, Unidade Básica de Saúde, Maria de Fátima, município Rio Branco, Estado do Acre

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Baixo rastreamento dos fatores de risco de câncer de colo de útero nas mulheres de 25 até 64 anos.	Alta	25	Total	1
Alto índice de infecções de transmissão sexual como sífilis, gonorreia,	Alta	20	Total	2

condiloma.				
Alto índice de patologias crônicas descontroladas como hipertensão arterial e diabetes mellitus.	Alta	20	Parcial	3
Alto índice de vetores transmissores de doenças virais como Dengue e Zika	Média	15	Parcial	4
Alto índice de infecções respiratórias agudas.	Média	15	Parcial	5

Fonte: autoria própria (2018).

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Os principais problemas identificados constituem a prioridade para o planejamento das ações da equipe básica de saúde.

A pesquisa dos fatores de risco do câncer de colo de útero nas mulheres de 25 até 64 anos é muito importante para a atuação nos mesmos e procurar a redução da sua incidência para evitar o aparecimento da doença. A realização do Preventivo do Câncer de Colo de Útero (PCCU) com vistas ao diagnóstico precoce do câncer de colo de útero é fundamental. Para isso, é necessário intensificar as ações de educação em saúde, com ênfase para a detecção precoce e a conscientização para evitar os fatores de risco.

Igualmente importante é o trabalho preventivo que se deve fazer para estimular a população a fazer uso de preservativos para evitar as doenças sexualmente

transmissíveis, bem como, orientar quanto ao tratamento correto para evitar as complicações decorrentes dessas doenças.

Outra prioridade é o trabalho com os portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Promover ações para orientar os pacientes sobre como evitar os fatores de riscos, ressaltando a importância da alimentação adequada e do tratamento medicamentoso certo, com vistas a prevenir as complicações.

O saneamento ambiental é a principal ação para a eliminação dos vetores transmissores de doenças virais. A limpeza das moradias e a coleta e destinação adequada do lixo é condição fundamental nesse processo. Requer o planejamento e a execução de ações integradas entre a equipe de saúde, a gestão da UBSF e a comunidade em geral.

O território de Rio Branco tem o clima onde há predominância das chuvas por isso temos em nossa comunidade um alto índice de infecções respiratórias agudas fundamentalmente nas crianças por isso, é identificado o problema como um dos mais importantes.

2. JUSTIFICATIVA

O câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos e o pico de sua incidência se dá na faixa etária de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida, com expressivas diferenças regionais (BRASIL 2017).

No Brasil, o controle de câncer do colo do útero constitui uma das prioridades da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O Ministério da Saúde, por meio da publicação "Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero 2016", recomenda o exame citopatológico em mulheres assintomáticas com idade entre 25 e 64 anos, a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais. Em caso de resultado de lesão de baixo grau, a indicação é de repetição do exame em seis meses. Desde 2014, está disponível, na rede pública, a vacina tetravalente contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do Human Papiloma Virus (HPV) para meninas de 9 a 13 anos; e, a partir de 2017, também para meninos de 11 a 13 anos. Apesar da sua importância epidemiológica, o câncer do colo uterino possui alto potencial de cura quando diagnosticado em estágios iniciais (INCA, 2017).

Nos bairros Bahia e Palheiral a neoplasia de colo de útero é um grande problema para a equipe de saúde. Os fatores de risco já descritos anteriormente estão presentes nas mulheres em idade fértil. O início precoce da vida sexual, o uso de pílulas anticoncepcionais, o tabagismo e as infecções por HPV são os principais deles, motivo que levou à elaboração desse projeto de intervenção, que visa, fundamentalmente, melhorar o nível de conhecimento da comunidade residente na área para prevenir os fatores de risco, evitar o aparecimento do câncer de colo de útero, bem como, de suas complicações. O projeto é viável tendo em vista que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) dispõe de profissionais e recursos para executá-lo.

3.OBJETIVOS

3.1 Geral:

Elaborar um projeto de intervenção para prevenir os fatores de risco do câncer de colo de útero nas mulheres de 25 até 64 anos no território de atuação da UBSF Maria de Fatima, no município Rio Branco, estado do Acre.

3. 2. Específicos:

Estruturar o processo de revisão conceitual e atualização de câncer de colo de útero e sua prevenção.

Elevar o nível de informação das mulheres sobre prevenção dos fatores de risco câncer de colo de útero.

Propor um mecanismo de trabalho para melhorar o processo de monitoramento das mulheres na faixa de idade de 25 até 64 anos de idade e organização de fichário rotativo para o acompanhamento anual.

4. METODOLOGIA

Para realizar o projeto de intervenção três etapas aconteceram: diagnóstico situacional com reconhecimento do território estudado, identificação dos principais problemas na área de abrangência da Unidade de Saúde Maria de Fátima, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção. O Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) - Estimativa Rápida possibilitou a identificação e a priorização do problema alvo que será objeto da intervenção, sua descrição, explicação e a identificação dos nós críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Essa etapa contou com a colaboração da equipe de saúde. Para o embasamento conceitual foi consultada a Bibliografia Virtual em Saúde do NESCON. Para subsidiar a construção da proposta de intervenção, foram utilizados trabalhos científicos publicados entre os anos de 2003 e 2017, encontrados em bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Public Medline (PUBMED), Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, Scientific Electronic Library online (SCIELO), dentre outros. Os artigos foram selecionados conforme sua relevância e coerência com o tema proposto. Outros dados importantes utilizados foram os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde do município, dados do Ministério da Saúde e arquivos da ESF local.

5.REFERENCIAL TEORICO

A Estratégia de saúde da família (ESF) foi implantada no Brasil, juntamente o Pacto em Saúde (2006) que se divide em três componentes centrais: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão. O Pacto afirma surgir com a finalidade de consolidar o SUS, buscando fortalecer principalmente a Atenção Básica em saúde e focalizando em ações de promoção a saúde. Há evidências demonstradas em vários documentos que a ESF tem por princípios os mesmos que norteiam o SUS, os da Atenção Básica em saúde e os próprios da estratégia, que se constituem, no conjunto, como aspectos que visam à garantia da saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, buscando à qualidade dos serviços prestados e o acesso aos mesmos. (BRASIL, 2006)

A Atenção Básica em saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB de 2006 - é orientada pelos seguintes princípios: “[...] da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (p. 2). (BRASIL 2006). É válido salientar que os princípios da atenção básica enfatizam a questão do cuidado, do vínculo e da continuidade, que não são enfatizadas nos princípios do SUS. O princípio do vínculo e da continuidade refere-se à construção de “laços” entre os profissionais em saúde e a população usuária do SUS, garantindo a permanência no atendimento dos mesmos. Esse princípio tem relação com o da participação social, pois, a construção do vínculo também se dá através do incentivo aos usuários de participarem na melhoria do SUS. Isso acontece, principalmente, por meio das conferências e dos conselhos de saúde, que têm espaço reservado para a participação dos usuários. (BRASIL, 2006.)

O objetivo da ESF é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, especificamente na prestação de assistência integral,

contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita, seja na UBSF ou no domicílio; também intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde e fazer que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida. (BRASIL, 2006)

As diretrizes da ESF foram definidas em 1997, pelo Ministério da Saúde (MS). São diretrizes de caráter operacional, ou seja, referentes à implementação da ESF. De acordo com o MS as diretrizes da ESF são: caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; adscrição da clientela; cadastramento; instalação das unidades de Saúde da Família; composição das equipes; e atribuições das equipes. A Unidade de Saúde da Família é uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua no nível de proteção social básica, com uma equipe multiprofissional habilitada a desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação à saúde. Ela é o primeiro contato da população com o serviço de saúde e é a porta de entrada do sistema local. Ela tem um território de abrangência, ou seja, uma área sob sua responsabilidade. Uma unidade de Saúde da Família pode trabalhar com mais de uma equipe de profissionais, o que irá depender do número de famílias a ela vinculada, que é no máximo 4000 famílias, sendo que o recomendado é de 3000 famílias por equipe. Ela deve realizar o cadastramento das famílias através de visitas domiciliares e essa etapa é o início do vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade. Elas devem ser instaladas nas UBS e existem alguns critérios⁵ necessários para a implementação dessas equipes. A equipe de saúde da família é multiprofissional, e composta por no mínimo um médico, generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem

ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Outros profissionais poderão fazer parte da equipe, isto dependerá da necessidade da população cadastrada (BRASIL, 2006). O câncer é a denominação a um conjunto de mais de cem doenças com crescimento desordenado de células que invadem órgãos e tecidos. Estas células desordenadas dividem-se rapidamente e tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores denominados malignos que podem espalhar para outras áreas do corpo. O tumor pode ter causas internas ou externas ao organismo ou estarem inter-relacionados (ARAÚJO et al., 2014).

O câncer de colo de útero ocupa o sétimo lugar no ranking mundial, sendo o quarto tipo mais comum na população feminina no Brasil. Em 2018, são esperados 16.370 casos novos, com um risco estimado de 17,11 casos a cada 100 mil mulheres. É a terceira localização primária de incidência e de mortalidade por câncer em mulheres no país, excluído pele não melanoma. Em 2015, ocorreram 5.727 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 5,13 óbitos para cada 100 mil mulheres (BRASIL 2017).

As taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados. Países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas, enquanto países da América Latina e, sobretudo, de regiões mais pobres da África, apresentam valores bastante elevados. Segundo o Globocan no ano 2012, cerca de 85% dos casos de câncer do colo do útero ocorreram nos países menos desenvolvidos e a mortalidade por este câncer variou em até 18 vezes entre as diferentes regiões do mundo, com taxas de menos de 2 por 100.000 mulheres, na Ásia Ocidental e de 27,6 na África oriental (IARC, 2012).

Na análise regional, o câncer do colo do útero se destaca como o primeiro mais incidente na região Norte do Brasil, com 23,97 casos por 100.000 mulheres. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, ele ocupa a segunda posição, com taxas de 20,72/100 mil e 19,49/100 mil, respectivamente, e é o terceiro mais incidente na região Sudeste (11,3/100 mil) e quarto na Sul (15,17/100 mil). (BRASIL, 2017).

Quanto à mortalidade, é também na região Norte que se evidenciam as maiores taxas do país, sendo a única com nítida tendência temporal de crescimento. Em 2013, a taxa padronizada pela população mundial foi de 11,51 mortes por 100.000 mulheres, representando a primeira causa de óbito por câncer feminino nesta região. Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, onde este câncer representou a terceira causa, as taxas de mortalidade foram de 5,83/100 mil e 5,63/100 mil. As regiões Sul e Sudeste tiveram as menores taxas (4,39/100 mil e 3,59/100 mil) representando a sexta colocação entre os óbitos por câncer em mulheres. (SANTOS et al., 2010)

As neoplasias interepiteliais da cérvix (NICs) são caracterizadas por lesões que se apresentam nas fases pré-invasivas e benignas. Na sua fase invasiva, maligna ocorre o crescimento de uma lesão na cérvix, atingindo assim os tecidos localizados na parte exterior do colo uterino e as glândulas linfáticas anteriores ao sacro (SANTOS et al., 2010).

Entre os tipos de câncer existentes o câncer do colo de útero apresenta um dos mais altos potenciais de cura e prevenção, chegando perto de 100%, quando diagnosticado na fase inicial da doença. Com o uso de tecnologia simplificada e tratamento de fácil acesso, o diagnóstico tem sido realizado de forma mais rápida e prática (BRASIL, 2013).

Os fatores de risco relacionados à oncogênese cervical podem ser divididos em dois grandes grupos: os documentados experimentalmente e os clínicos ou epidemiológicos. Dentre os classificados no primeiro grupo, podem-se citar os

fatores imunológicos (resposta imune local e humoral), a associação com Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida (AIDS), os fatores genéticos (como o polimorfismo da proteína p53), o tabagismo e o uso prolongado de contraceptivos orais. No que se refere aos fatores de risco clínicos ou epidemiológicos, destaca-se o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros, a baixa escolaridade e renda, a multiparidade e a história de doenças sexualmente transmissíveis (DST). (OMS, 2007).

A progressão tumoral, a partir da infecção de células normais por HPV, parece estar condicionada a fatores relacionados ao vírus (subtipo do vírus, infecção simultânea por vários tipos oncogênicos e a carga viral), a fatores relacionados ao hospedeiro (imunidade e número de partos) e a co-fatores exógenos (tabagismo, co-infecção pelo HIV ou outros agentes de transmissão sexual e uso prolongado de contraceptivos orais) (PINTO; TULIO; CRUZ, 2002)

Atualmente, não se consegue relacionar diretamente tais fatores às lesões cervicais, pois certas mulheres apresentam anormalidades no colo uterino e não necessariamente os riscos descritos. Tal fato gera dúvidas na terapêutica, nos encaminhamentos e no controle dos casos.

Com o estilo de vida moderno, as mulheres, em geral, adquirem hábitos de vida que, muitas vezes, configuram riscos para determinadas doenças, as quais elas nem desconfiam estarem sujeitas. No momento em que elas se encontram na unidade de saúde, é que o profissional tem maior oportunidade de conhecer as clientes e realizar orientações a respeito dos diversos fatores de risco para o câncer cervical.

Estudos dessa natureza auxiliam aos profissionais da saúde que realizam atendimento primário à mulher a reconhecer os fatores de risco para o câncer de colo, a fim de melhor orientar, tratar e encaminhar ao serviço especializado as clientes com maior potencial de desenvolver o CCU. Também são relevantes no sentido de poder contribuir na definição de políticas públicas de

saúde adequadas à redução dessa doença, uma vez que sua morbidade apresenta elevada vulnerabilidade (SILVA, et al. 2010).

É necessário para um programa nacional de combate ao CCU ter quatro elementos importantes em sua realização: detecção precoce, prevenção primária, diagnóstico/tratamento e cuidados paliativos (SANTOS; GONÇALVEZ; GUIMARÃES, 2017).

A modalidade mais eficaz na redução do CCU é a detecção precoce (VASCONCELOS et al., 2011). A prevenção pode ser realizada através das atividades de rastreamento, dentre elas o exame citopatológico e a educação em saúde (BRASIL, 2009). De um modo geral, a prevenção primária é executada a partir do momento em que ocorre a identificação de fatores de risco para a prevenção do surgimento da doença.

Já a prevenção secundária do CCU é executada através do exame citopatológico para a detecção da doença. O exame tem sido utilizado nos rastreamentos do CCU, proporcionando uma detecção precoce sendo tratável e curável (SANTOS; GONÇALVEZ; GUIMARÃES. 2017). A estratégia de rastreamento aconselhada no Brasil pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico com preferência em mulheres de 25 a 64 anos. Portanto, faz-se necessário assim garantir a integralidade, organização e a qualidade dos programas de rastreamento, assim como o seguimento das pacientes ao programa (INCA, 2011). Todas as etapas, dos procedimentos, desde a coleta até os resultados e encaminhamentos, são de suma importância para ter benefícios obtidos do exame de prevenção do CCU (MELO et al., 2009).

Estudos realizados por especialistas revelam que as campanhas de prevenção e/ou detecção precoce dessa patologia não têm sido bem-sucedidas, sabendo-se que esse tipo de câncer continua a se constituir em séria ameaça para a população feminina brasileira. Diversas causas podem ser pontuadas para explicar esse fenômeno, como por exemplo: a dificuldade em acessar os serviços de saúde para a realização do exame de Papanicolau, a demanda

reprimida, a falta de oportunidade que a mulher tem para falar sobre si e sua sexualidade, como também, pelo desconhecimento sobre o câncer ginecológico acrescido de tabus e idéias preconceituosas sobre a mulher (BARBOSA et. al, 2005).

O exame de Papanicolau, conhecido internacionalmente, é tido como instrumento mais adequado, prático e barato para o rastreamento do câncer de colo de útero, também denominado de colpocitologia e mais comumente referido pela clientela como exame preventivo. O mesmo consiste no esfregaço ou raspado de células esfoliadas do epitélio cervical e vaginal, tendo seu valor tanto para prevenção secundária quanto para o diagnóstico, pois possibilita a descoberta de lesões pré-neoplásicas e da doença em seus estágios iniciais. Mesmo sendo um procedimento de baixo custo, não está incorporado a todos os serviços de saúde, tendo utilização reduzida e não disponível a toda população feminina (BARBOSA et. al, 2005).

Quando incorporado na rotina da vida adulta, o exame de Papanicolau tem forte influência na redução da incidência do câncer de colo de útero e da morbimortalidade de suas portadoras. Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que toda mulher dos 25 aos 64 anos de idade, ou antes, se já iniciou sua vida sexual, deve se submeter ao exame preventivo, com periodicidade anual, inicialmente. Após dois exames consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasia do colo de útero, este adquire periodicidade tri anual. Segundo estudos realizados, após resultado negativo, o risco cumulativo de desenvolver a referida patologia é bastante reduzido, mantendo tal redução nos cinco anos subsequentes (BARBOSA et. al, 2005).

Apesar de o Brasil ter sido um dos pioneiros na introdução do exame de Papanicolau, o percentual de mulheres beneficiadas ainda é muito reduzido, tendo em vista que sua cobertura não ultrapassa 8% das mesmas com idade superior a 20 anos. Este fato fere as recomendações da OMS, que estabelece uma cobertura de 85% da população feminina de risco, obtendo-se dessa

forma, um impacto epidemiológico com redução das taxas de mortalidade em até 90%. O que se tem observado no país é que a maioria das mulheres submetidas ao exame preventivo tem menos de 35 anos, sugerindo-se que o acesso das mesmas às medidas de prevenção está relacionado ao comparecimento nos postos de saúde pela necessidade de cuidados no controle da natalidade (BARBOSA et. al, 2005).

Na área de abrangência da equipe Maria de Fátima II os fatores de risco do câncer de colo de útero têm um aumento significativo. As pacientes, além da pesquisa com a prova de Papanicolau, deverão receber educação para a prevenção e diagnóstico precoce, criando uma consciência de risco favorável para a saúde, e muito importante é o fortalecimento do processo de trabalho da equipe de saúde no monitoramento e acompanhamento das mulheres de 25 até 64 anos.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema

Na área de abrangência atendida pela equipe de saúde Maria de Fátima II, pela vivência clínica e nos relatos da equipe, identificou-se que existe um grande número de mulheres de 25 até 64 anos com fatores de risco para o desenvolvimento de um câncer de colo de útero. Citamos, como exemplo, exames de DST's positivos, principalmente HPV, uso de métodos anticoncepcionais, fumantes (muito frequentes) e troca frequente de parceiros sexuais, o que é indicativo de uma alta incidência e prevalência dos fatores de risco do câncer de colo de útero na área de saúde. Ainda, a maioria das pacientes nessa faixa etária não tem feito o PCCU com a periodicidade que precisa, principalmente pelo desconhecimento de sua importância no diagnóstico precoce da doença.

6.2 Explicação do problema

O próximo passo para uma intervenção mais efetiva é a explicação do problema, entender a sua origem a partir da identificação das suas causas. A presença de fatores de risco de câncer de colo de útero em pacientes de 25 até 64 anos de idade está vinculada a muitos aspectos.

Observa-se, na vivência dos atendimentos e acompanhamentos das famílias, as mulheres com algum tipo de patologia de colo de útero (inclui-se o câncer) são aquelas que não tem feitos o PCCU frequentemente, a maioria por desconhecimento dos benefícios da prevenção precoce.

Outro fator importante é a falta de uma estruturação no processo de trabalho da equipe da UBSF de modo a garantir um acompanhamento adequado das mulheres cadastradas porque não existe um mecanismo para monitorizar e

organizar, por exemplo, através de um fichário rotativo, que facilite o controle de consultas e de realização do PCCU.

Percebe-se também que há uma descontinuidade na assistência às mulheres já diagnosticadas com alguma patologia de colo de útero e ausência de prevenção e promoção da população para prevenção dos fatores de risco do câncer de colo de útero.

6.3 Seleção dos “nós críticos”

Os principais fatores de risco que podem produzir o aparecimento de câncer de colo de útero, nas mulheres de 25 até 64 anos da área de abrangência da equipe Maria de Fátima II foram:

1. Pouco nível de conhecimento sobre periodicidade e a importância do PCCU.

Nas características da população feminina da nossa área, onde o nível de escolaridade é baixo, o tema de educação em saúde tem pouca cobertura, então, constitui um problema para a maioria das mulheres acreditarem na importância que o PCCU tem, em ocasiões acontece que não conhecem o preventivo e a sua utilização.

2. Elevadas condutas sexuais de risco.

As mulheres com condutas sexuais de risco, principalmente multiplicidade de parceiros, têm maior probabilidade de contraírem doenças sexualmente transmissíveis, como o HPV, principal causador de câncer de colo de útero.

3. Uso de pílulas anticoncepcionais e dispositivos intrauterinos.

Muitas pacientes fazem uso de pílulas anticoncepcionais e dispositivos intrauterinos para evitar a gravidez. Algumas começando o uso deles no período da adolescência, o que constitui um fator importante no aparecimento de câncer de colo de útero.

4. Não uso do preservativo durante as relações sexuais.

Muitas mulheres da nossa área de saúde não fazem uso do preservativo nas relações sexuais, algumas delas por desconhecimento de sua importância, o que favorece a transmissão de DST como o HPV. Quase sempre o desconhecimento da importância do uso do preservativo está associado a outros fatores de risco como a baixa escolaridade.

5. Falta de uma estruturação no processo de trabalho da equipe da UBSF de modo a garantir um acompanhamento adequado das mulheres cadastradas.

A falta de uma estruturação no processo de trabalho da equipe para garantir um adequado acompanhamento das mulheres cadastradas é um problema importante porque não existe controle das pacientes quanto à periodicidade do PCCU, também no acompanhamento daquelas que precisaram encaminhamento para algum serviço especializado por ter o PCCU alterado. Também a falta de estruturação não permite fazer uma avaliação comparando resultados antigos com recentes e não atuar sobre os fatores de risco apresentado pelas pacientes.

6.4 Desenho das operações:

O desenho das operações foi representado nos quadros onde foi operado cada um dos nós críticos relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco no aparecimento de câncer de colo de útero nas mulheres de 25 até 64 anos”

No quadro 2 estão representadas as operações sobre o “nó crítico 1”

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco no aparecimento de câncer de colo de útero, nas mulheres de 25 até 64 anos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Fatima II, do município Rio Branco, estado de Acre

Nó crítico 1	Pouco nível de conhecimento sobre periodicidade e a importância do PCCU.
Operação (operações)	Elevar o conhecimento das mulheres de 25 até 64 anos de idade sobre a periodicidade e a importância do PCCU
Projeto	Importância do PCCU na prevenção de câncer de colo de útero.
Resultados esperados	Maior cobertura das mulheres de 25 até 64 anos da área de abrangência para a realização do PCCU.
Produtos esperados	Maior número de PCCU feitos na UBSF.
Recursos necessários	Estrutural: Acompanhamento da equipe da UBS Maria de Fatima para as ações educativas. Cognitivo: Educação sobre o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero. Financeiro: Apoio dos diretivos da UBS para a aquisição de recursos audiovisuais. Político: Apoio da SEMSA.
Recursos críticos	Estrutural: Disponibilização de espaços para reuniões. Cognitivo: Garantir informação sobre o PCCU e sua importância. Político: Adesão ao gestor local. Financeiro: Apoio dos diretivos da UBS com dispensas para encontros eventuais.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: equipe de saúde de Maria de Fátima II, médico e enfermeira. Motivação: favorável.
Ações estratégicas	Não são necessárias
Prazo	1 mês
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeira.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Gestão e acompanhamento pela equipe de saúde. Avaliação depois do cumprimento de prazo.

Fonte: autoria própria (2018).

No quadro 3 foi representado as operações sobre o “nó crítico 2”.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco no aparecimento de câncer de colo de útero, nas mulheres de 25 até 64 anos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Fatima II, do município Rio Branco, estado de Acre.

No crítico 2	Elevadas condutas sexuais de risco.
Operação (operações)	Prevenir as condutas sexuais de risco nas mulheres de 15 até 64 anos.
Projeto	Prevenção das condutas sexuais de risco nas mulheres de 15 até 64 anos na área de abrangência da equipe Maria de Fatima II
Resultados esperados	Diminuição das doenças sexualmente transmissíveis nas mulheres de 15 até 64 anos de idade da equipe Maria de Fatima II
Produtos esperados	Menor número de pacientes com DST's.
Recursos necessários	Estrutural: Equipe da UBS Maria de Fatima para as ações educativas Cognitivo: Educação sobre as condutas sexuais de risco e suas consequências. Financeiro: Apoio dos diretivos da UBS para aquisição de recurso audiovisuais. Político: Apoio da SEMSA.
Recursos críticos	Estrutural: Garantir espaços para reuniões. Cognitivo: Garantir informação sobre DST's. Político: Apoio da SEMSA. Financeiro: Apoio dos diretivos da UBS para despensas eventuais.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: equipe de saúde de Maria de Fátima II, médico e enfermeira. Motivação: favorável.
Ações estratégicas	Não são necessárias
Prazo	1 mês
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe de saúde Maria de Fatima 2 e diretivos da UBS.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Gestão e acompanhamento pela equipe de saúde. Avaliação depois do cumprimento do prazo.

Fonte: autoria própria (2018).

No quadro 4 foram representadas todas as operações sobre o “nó crítico 3”

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco no aparecimento de câncer de colo de útero, nas mulheres de 25 até 64 anos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Fatima II, do município Rio Branco, estado de Acre.

Nó crítico 3	Uso frequente de pílulas anticoncepcionais e dispositivos intrauterinos
Operação (operações)	Diminuir a quantidade de mulheres de 25 até 64 anos em uso de pílulas anticoncepcionais e dispositivos intrauterinos.
Projeto	As pílulas anticoncepcionais e os dispositivos intrauterinos na aparição de câncer de colo de útero.
Resultados esperados	Menor quantidade de mulheres de 25 até 64 anos em uso de pílulas anticoncepcionais e dispositivos intrauterinos.
Produtos esperados	Pouca quantidade de mulheres em uso de pílulas anticoncepcionais e dispositivos intrauterinos.
Recursos necessários	Estrutural: UBS Maria de Fatima Cognitivo: Educação sobre o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero. Financeiro: Apoio dos diretivos da UBS. Político: Apoio da SEMSA.
Recursos críticos	Estrutural: Garantir local para reuniões Cognitivo: Garantir informação sobre métodos anticoncepcionais. Político: Apoio da SEMSA. Financeiro: Apoio dos diretivos da UBS
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: equipe de saúde de Maria de Fátima II, médico e enfermeira. Motivação: favorável.
Ações estratégicas	Não são necessárias
Prazo	1 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe de saúde Maria de Fatima 2 e diretivos da UBS.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Gestão e acompanhamento pela equipe de saúde. Avaliação pelo conselho de saúde.

Fonte: autoria própria (2018).

No quadro 5 foram representadas todas as operações sobre o “nó crítico 4”.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco no aparecimento de câncer de colo de útero, nas mulheres de 25 até 64 anos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Fatima II, do município Rio Branco, estado de Acre.

Nó crítico 4	Não uso do preservativo durante as relações sexuais.
Operação (operações)	Elevar o conhecimento das mulheres de 25 até 64 sobre a importância do uso do preservativo durante as relações sexuais para prevenir as DST.
Projeto	Promoção do uso do preservativo na prevenção das DST
Resultados esperados	Menor número de mulheres com DST principalmente HPV.
Produtos esperados	Maior número de mulheres com conhecimento dos riscos das relações sexuais sem proteção.
Recursos necessários	Estrutural: Equipe de saúde da UBS Maria de Fatima para acompanhamento das ações educativas. Cognitivo: Educação sobre os riscos das relações sexuais desprotegidas. Financeiro: Apoio dos diretivos da UBS. Político: Apoio da SEMSA.
Recursos críticos	Estrutural: Garantir local para reuniões. Cognitivo: Garantir informação sobre o PCCU e sua importância. Político: Apoio da SEMSA. Financeiro: Apoio dos diretivos da UBS
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: equipe de saúde de Maria de Fátima II, médico e enfermeira. Motivação: favorável.
Ações estratégicas	Não é necessário
Prazo	1 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe de saúde de saúde Maria de Fatima 2 e diretivos da UBS.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Gestão e acompanhamento pela equipe de saúde. Avaliação depois do cumprimento do prazo.

Fonte: autoria própria (2018).

No quadro 6 foram representadas todas as operações sobre o “nó crítico 5”

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Alta incidência de fatores de risco no aparecimento de câncer de colo de útero, nas mulheres de 25 até 64 anos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria de Fatima II, do município Rio Branco, estado de Acre.

Nó crítico 5	Falta de uma estruturação no processo de trabalho da equipe da UBSF de modo a garantir um acompanhamento adequado das mulheres cadastradas.
Operação (operações)	Organizar o processo de trabalho da equipe da UBSF de modo a garanti um acompanhamento adequado das mulheres cadastradas.
Projeto	Organização do processo de trabalho das mulheres de 25 até 64 anos cadastradas na UBSF para o adequado acompanhamento do PCCU.
Resultados esperados	Maior controle e acompanhamento das pacientes de 25 até 64 anos da comunidade.
Produtos esperados	Todas as mulheres de 25 até 64 anos em acompanhamento pela equipe de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: Acompanhamento do médico na organização do processo de trabalho. Cognitivo: Educação sobre o processo de trabalho. Financeiro: Apoio dos diretivos da UBS para facilitar médios audiovisuais. Político: Apoio da SEMSA.
Recursos críticos	Estrutural: Garantir local para reuniões Cognitivo: Garantir informação sobre processo de trabalho. Político: Apoio da SEMSA. Financeiro: Apoio dos diretivos da UBS
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: equipe de saúde de Maria de Fátima II, médico e enfermeira. Motivação: favorável.
Ações estratégicas	Não são necessárias
Prazo	1 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe de saúde Maria de Fatima 2 e diretivos da UBS.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Gestão e acompanhamento pela equipe de saúde. Avaliação pelo conselho de saúde.

Fonte: autoria própria (2018).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste Projeto de Intervenção foi uma ferramenta importante para o fortalecimento do papel da equipe de Saúde da Família. Por meio da metodologia do PES, foram utilizados, de forma atualizada, os dados da população da área de abrangência da equipe com a identificação e priorização dos principais problemas da comunidade, com a proposta de soluções para o melhoramento deles e estimulando a participação da comunidade e a integração de projetos sociais.

Este método possibilitou ainda a priorização do problema “Alta incidência de fatores de risco no surgimento de câncer de colo de útero”, na área de abrangência da equipe de saúde da família “Maria de Fátima II”. Os principais fatores de risco foram identificados e propostas de ações de saúde foram elaboradas com vistas a diminuição da incidência destes.

Espera-se, com a implantação desse projeto, contribuir para modificar os estilos de vida da população e incrementar a prevenção dos fatores de risco e o surgimento câncer de colo de útero na população feminina na área de abrangência da equipe, e, também, brindar à equipe de saúde com estratégias para melhorar o processo de trabalho no acompanhamento das mulheres de 25 até 64 anos cadastradas na realização do PCCU, tratamento dos resultados alterados e das que precisarem acompanhamento mais especializado.

Propõe-se ainda que este projeto seja levado a outros pontos da rede de saúde de Rio Branco com o objetivo de propor de atividades de promoção de saúde e evitar os fatores de risco na aparição do câncer de colo de útero.

A despeito de reconhecer que muito ainda há que se fazer, acreditamos que os passos trilhados e os avanços alcançados são passíveis de ajustes, formulações e discussões, no sentido de aprimoramento.

REFERÊNCIAS

AABB RIO BRANCO. Informações do Município. 2018. Disponível em: <
<http://riobranco.aabb.com.br/informacoes-do-municipio>> Acesso em 15 jan.
2018

AMARAL, M.S.; GONÇALVES, A.G.; SILVEIRA, L. C. G. **Prevenção do Câncer de Colo de Útero: A atuação do Profissional Enfermeiro nas Unidades Básicas de Saúde.** Art, Rev, vol 3. p.12 2017. Disponível em: <
<http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/04/8-PREVEN%C3%87%C3%83O-DO-C%C3%82NCER-DE-COLO-DE-%C3%9ATERO-A-ATUA%C3%87%C3%83O-DO-PROFISSIONAL-ENFERMEIRO-NAS-UNIDADES-B%C3%81SICAS-DE-SA%C3%9ADE.pdf>>
Acesso em: 22 fev. 2018.

ANJOS, S.J.S.B. et al. **Os Fatores de risco para Câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, Citologia e cervicografia.** Rev, Esc, Enferm. USP, v.14., n. 4, 2010. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400008> Acesso em: 22 fev. 2018.

ARAÚJO, E. N. et al. **Prevenção do câncer do colo do útero na visão do enfermeiro da unidade básica de saúde (UBS).** Revista Eletrônica Interdisciplinar, v.1, n.11, 2014. Disponível em
<http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/04/8-PREVEN%C3%87%C3%83O-DO-C%C3%82NCER-DE-COLO-DE-%C3%9ATERO-A-ATUA%C3%87%C3%83O-DO-PROFISSIONAL-ENFERMEIRO-NAS-UNIDADES-B%C3%81SICAS-DE-SA%C3%9ADE.pdf> >
Acesso em: 15 jan. 2018.

BARBOSA, D. R. M. et. al. Conhecimento de mulheres de uma unidade de Saúde da cidade Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. Rev. Es. Enfermagem., v. 39, n.3, p. 32. 2005. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300007> Acesso em 15 jan. 2018.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES. Brasil/Acre/Rio Branco. 2018. Disponível em: <
http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=12&VMun=120040>. Acesso em 19 fev.2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Caderno de atenção Básica n.13. 2. ed. Brasília: Editora MS. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde Saúde da Família**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2006. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf > Acesso em: 23 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 25 fev. 2018

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009. Disponível em: <

http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_605-606.pdf > Acesso em: 25 fev. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil/Acre/Rio Branco. 2018. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/rio-branco/panorama>>. Acesso em 21 fev.2018.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

IARC. Internacional Agency for Research on Cáner. Globocan 2012: Estimated Cáncer incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Disponível em: < <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>> Acesso em: 21 fev. 2018

MELO, S. C. C. S.et al. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 602, 2009. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400004. Acesso em: 26 fev. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra; 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000122&pid=S0080-6234201000040000800002&lng=en> Acesso em: 16 jan. 2018.

PINTO, A.P.; TULIO, S.; CRUZ, O. R. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. **Rev Assoc Med Bras.** 2002;48(1):73-8. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000124&pid=S0080-6234201000040000800003&lng> Acesso em : 02 fev. 2018.

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, C.R.G. **Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família.** Rev. Bras Enferm., v 62, n. 2. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200015> Acesso em: 01 mar. 2018.

SILVA, et al. **Fatores de Risco para Câncer de Colo do Útero Segundo Resultados de IVA, Citologia, Cervicografia.** Rev. Esc. Enferm. USP. Vol 44. No 4. São Paulo. Dec.2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400008>> Acesso em: 24 fev. 2018

VASCONCELOS, C.T.M. et al. **Revisão integrativa das intervenções de enfermagem utilizadas para detecção precoce do câncer cérvicouterino.** Revista Latino-Americana. Enf. Mar. 2011 Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_28.pdf > Acesso em: 12 jan. 2018.