

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

**RAQUEL BASSALO NEVES**

**FATORES ASSOCIADOS À BAIXA COBERTURA DA COLETA DE  
CITOPATOLÓGICO EM MULHERES ENTRE 25 E 64 ANOS NA ESF SANTA  
LÚCIA, DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS**

**FORMIGA – MINAS GERAIS**

**2013**

**RAQUEL BASSALO NEVES**

**FATORES ASSOCIADOS À BAIXA COBERTURA DA COLETA DE  
CITOPATOLÓGICO EM MULHERES ENTRE 25 E 64 ANOS NA ESF SANTA  
LÚCIA, DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Profª Dra. Suelene Coelho

**FORMIGA – MINAS GERAIS**

**2013**

**RAQUEL BASSALO NEVES**

**FATORES ASSOCIADOS À BAIXA COBERTURA DA COLETA DE  
CITOPATOLÓGICO EM MULHERES ENTRE 25 E 64 ANOS NA ESF SANTA  
LÚCIA, DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS**

Banca avaliadora:

Profª Dra. Suelene Coelho – orientadora - UFMG

Prof. Edison José Corrêa – UFMG

**FORMIGA – MINAS GERAIS**

**2013**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar saúde.

À minha orientadora prof<sup>a</sup>. Dra. Suelene Coelho pela paciência e dedicação.

À minha equipe pela colaboração e apoio.

Ao meu marido por entender minha ausência.

“Com organização e tempo, acha-se o segredo de fazer tudo e bem feito”.

PITÁGORAS

## RESUMO

Este trabalho tem por objetivo elaborar um plano de ação para aumentar a cobertura da coleta do exame citopatológico para rastreamento do câncer de colo do útero em mulheres em idade fértil entre 25 e 64 anos para atingir a meta de 33% ao ano na Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Lúcia. O câncer de colo de útero é considerado como um grave problema de saúde pública. Vários fatores de risco são apontados: o início precoce da atividade sexual, a atividade sexual com vários parceiros, a multiparidade, o tabagismo, a higiene íntima inadequada, o uso prolongado de contraceptivos orais, e, principalmente, a infecção pelo papiloma vírus humano(HPV). A principal estratégia é a coleta de citopatológico. Porém, muitos obstáculos têm sido apontados para a baixa cobertura deste exame: medo, vergonha, desconforto, dificuldade de acesso, entre outros. De acordo com a SMS Divinópolis, a ESF Santa Lucia necessitava atingir a cobertura de 33%, o que não ocorria. Foi realizado um levantamento bibliográfico, discussão em equipe para apontar os “nós-críticos” e propor um plano de ação: preenchimento da planilha de controle de preventivos; construção de arquivo rotativo; orientação nas visitas domiciliares; explicação sobre a coleta; abordagem da data da ultima coleta nas consultas; visita pela enfermagem para mulheres com preventivo atrasado; adequação do horário de oferta do exame. Após o plano de ação, a equipe ESF Santa Lúcia conhece melhor sua população feminina em idade fértil, e, espera-se alcançar os objetivos traçados e futuramente gerar projetos que possam continuar melhorando a saúde que todos nós desejamos e almejamos.

**Descritores:** Saúde da mulher. Neoplasia do colo do útero. Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

This work aims to develop an action plan to increase the collection coverage of cervical cancer screening to screening for cervical cancer in women of childbearing age between 25 and 64 years to reach the goal of 33 % per annum in the Family Health Team (FHT) St. Lucia. Uterine cervical neoplasm are considered a serious public health problem. Several risk factors are identified: early initiation of sexual activity, sexual activity with multiple partners, multiparity, smoking, inadequate personal hygiene, prolonged use of oral contraceptives, and especially human papillomavirus (HPV) infection. The main strategy is to collect Papanicolaou. However, many obstacles have been suggested for the low coverage of this examination: fear, shame, discomfort, difficulty of access, among others. According to Municipal Health Secretary of Divinópolis, the Family Health Team Santa Lucia needed to achieve coverage of 33 % which did not occur. A bibliographical survey, team discussion was conducted to pinpoint the "critical nodes" and propose a plan of action: fill worksheet preventive control, construction rotary file; guidance on home visits; explanation of the collection; approach to date the last collection in consultations and visits by nurses for women with late preventive; adequacy of supply of the examination schedule. After the action plan, staff ESF Saint Lucia knows best its female population of childbearing age, and is expected to reach targeted goals and future generating projects that can continue improving the health we all desire and strive for.

**Key-words:** Women's health. Uterine cervical neoplasm. Family Health Program.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
<b>2.1- Objetivo Geral</b>	<b>13</b>
<b>2.2 - Objetivos Específicos</b>	<b>13</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>14</b>
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>15</b>
<b>5. PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A COBERTURA DO EXAME DE PAPANICOLAOU NA ESF SANTA LUCIA/DIVINOPOLIS</b>	<b>19</b>
<b>5.1 O município de Divinópolis</b>	<b>19</b>
<b>5.2 Diagnóstico situacional da ESF Santa Lúcia</b>	<b>20</b>
<b>5.3 Plano de ação pactuada pela equipe de saúde Santa Lúcia</b>	<b>23</b>
<b>6. CONCLUSÃO</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>27</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>30</b>



## 1- INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, 2005 <sup>1</sup>, a segunda causa de morte por doença em nosso país tem sido o câncer, por isso é considerado um grave problema de saúde pública. Além disso, 70% dos casos têm chegado aos hospitais em estágio mais avançado. Desse modo, o câncer continua sendo visto como uma doença que produz traumas tendo em vista cheia o medo e as mutilações que ela pode provocar.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA)<sup>2</sup>, a Organização Mundial da Saúde aponta que, em 2030, a incidência de câncer será de 27 milhões de casos, com 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas em tratamento por câncer.

O câncer pode causar danos devastadores para famílias inteiras e a prevenção é a melhor ação para reduzir estes danos<sup>2</sup>. Os gastos com os tratamentos são muito altos, fazendo com que o governo gaste mais com a terapêutica do que ações de promoção e prevenção. Assim, com menos investimento na promoção mais pessoas acabam desenvolvendo o câncer e correndo o risco de morrer prematuramente por causa dessa doença.

No Brasil, as principais causas de mortes são ocasionadas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias. Dentre elas, destacam-se com maior frequência o câncer de próstata (30,8%), de mama (27,9%) e do colo de útero (9,3%)<sup>2</sup>. Ainda de acordo com o INCA, em 2012, no Brasil, ocorreram aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, o mesmo valor foi estimado para 2013<sup>2</sup>.

O câncer do colo do útero é o segundo mais incidente na população feminina brasileira. É uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas e evoluir para quadros graves<sup>2</sup>. Segundo Domingos et al<sup>3</sup>, este tipo de câncer leva em média 14 anos para a evolução total e inicia-se com alterações pequenas nas células, que se não tratadas adequadamente evoluem lentamente. Ainda de acordo com os autores, após 3 anos, surge um tumor localizado que se desenvolve por mais 6 anos invadindo a mucosa do útero. Após 14 anos das alterações, o câncer atinge a forma mais grave, já com o aparecimento da metástase<sup>3</sup>.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, 2006<sup>4</sup> a partir de 2020 é estimada a ocorrência de mais 15 milhões de novos casos de câncer por ano no mundo. Para os autores, os casos de câncer são diagnosticados em estágios avançados nos países em desenvolvimento, com sobrevida média de 49% após cinco anos. No entanto, em países mais desenvolvidos a sobrevida em média gira em torno de 59 a 69%<sup>5,6</sup>.

Para o INCA<sup>2</sup> antes dos 25 anos de idade, as mulheres podem apresentar infecções por HPV ocasionando lesões de baixo grau. Porém, na faixa de 25 a 59 anos, prevalecem as lesões de alto grau que podem ser tratadas antes de evoluírem para o câncer, denominadas lesões precursoras. De 30 a 39 anos aumenta a incidência do câncer, com pico entre 50 e 60 anos, destaca o autor<sup>6</sup>.

Vários autores<sup>7,8,3</sup> têm apontado como principais fatores de risco para o câncer de colo de útero: o início precoce da atividade sexual, a atividade sexual com vários parceiros, a multiparidade, o tabagismo, a higiene íntima inadequada, o uso prolongado de contraceptivos orais, e, principalmente, a infecção pelo HPV. Além disso, os autores apontam que algumas características da população as tornam mais vulneráveis ao desencadeamento do câncer, tais como: pertencer a classe social mais baixa, possuir mais idade, possuir cor não branca, ser viúva ou solteira e aquelas mulheres que não consultam com médico regularmente por diversos motivos<sup>7,8,3</sup>.

Segundo Mendonça<sup>9</sup>, por mais de 20 anos o vírus do herpes simples tipo II foi considerado como o principal responsável pelo desenvolvimento do câncer de colo de útero. No entanto, nos últimos anos, o papiloma vírus humano (HPV) vem recebendo maior atenção como principal responsável pelas lesões precursoras<sup>9</sup>.

Para Ferreira<sup>10</sup>, as primeiras evidências da provável associação do HPV com a formação das lesões precursoras do câncer de colo uterino, somente sugeriram entre os anos de 1970 e 1980. De acordo com Ozawa e Marcopito<sup>11</sup>, os tipos mais comuns de HPV associados ao câncer de colo de útero são os de número 16, 18 e 31. Assim, nos dias atuais a relação entre o câncer de colo de útero e o HPV está bem estabelecida e por essa razão o teste de Papanicolaou tem sido uma das principais estratégias para o rastreamento deste tipo de câncer<sup>10</sup>.

Outras estratégias para a prevenção seriam o uso de preservativo (masculino ou feminino), prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e orientações sexuais que instiguem o sexo seguro, em especial pela utilização de preservativos durante as relações sexuais<sup>8</sup>.

O Teste Papanicolaou é um exame de amostra de células do tecido cervical (ectocérvice e endocérvice), cujo principal objetivo tem sido a detecção precoce do câncer do colo de útero<sup>11</sup>. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda para mulheres, prioritariamente entre 25 e 64 anos, o exame citopatológico como a principal estratégia de rastreamento do câncer de colo uterino<sup>10</sup>.

De acordo com Oliveira et al<sup>8</sup> e Canido et al<sup>13</sup>; , trata-se de um exame fácil, rápido, prático, barato e seguro, que se encontra disponibilizado nos postos de saúde ou unidades de saúde públicos e que pode ser realizado por vários profissionais de saúde devidamente capacitados, dispensando uma estrutura sofisticada.

No entanto, mesmo com esta disponibilidade, muitas mulheres não têm procurado a Unidade Básica de Saúde para realizar o exame preventivo. E dentre os vários fatores apontados, destacam-se: dificuldades de acesso aos serviços, vergonha, medo, constrangimento e desconforto<sup>14</sup>.

De acordo com Linard; Dantas e Magalhães, 2001<sup>15</sup> o câncer do colo do útero é um problema de saúde pública cuja magnitude aponta para a necessidade de ampla atenção por todos os profissionais de saúde, em especial, os da enfermagem, que podem contribuir para a prevenção da doença, por meio de sua prática rotineira nas unidades de saúde, em especial com a coleta do citopatológico.

Cordeiro<sup>16</sup> enfatiza que, para que haja redução significativa do câncer do colo do útero, o rastreamento utilizando o Papanicolaou deve atingir uma alta cobertura, ou seja, pelo menos 80% das mulheres da área de abrangência, o que, infelizmente, não tem ocorrido em nosso país.

Cruz e Loureiro<sup>7</sup> apontam que, embora o exame preventivo tenha sido introduzido no Brasil desde a década de 1950, acredita-se que cerca de 40% das mulheres em nosso país nunca tenham realizado o exame de Papanicolaou.

Nesta direção, a criação da Estratégia de Saúde da Família tem contribuído para a reorganização da Atenção Primária à Saúde e buscado promover as ações de prevenção do câncer de colo de útero, o que é facilitado pela tática de trabalhar com uma população adscrita e com uma equipe multidisciplinar<sup>6</sup>.

Entretanto, na ESF Santa Lúcia observa-se que de acordo com a meta pactuada entre a secretaria de saúde municipal e estadual, a equipe deveria ter realizado 41 coletas de citopatológicos por mês no ano de 2013, para poder atingir a meta de 33% ao ano de coletas da população feminina de 25 a 64 anos de idade. Assim, a agenda foi organizada para disponibilizar 10 vagas de preventivos por semana. Porém, observou-se que até março essa meta não estava sendo alcançada. A equipe de saúde questionou o porquê dessa baixa cobertura, o que pode ser verificado com os dados apresentados no Quadro 1, para o ano de 2013.

**Quadro 1 – Número de vagas de exames de Papanicolaou ofertadas e realizadas pela ESF Santa Lucia, no período de janeiro a março de 2013.**

<b>Mês</b>	<b>Vagas ofertadas</b>	<b>Coletas realizadas</b>
Janeiro	38	11
Fevereiro	30	11
Março	38	25
<b>TOTAL</b>	106	47

No período de janeiro a março tivemos um total de 106 vagas ofertadas pela equipe e menos da metade dessas vagas foram ocupadas. Pode-se verificar que o número de coletas realizadas foi bem inferior às ofertadas.

Assim, a equipe ESF Lúcia decidiu propor um plano de ação para aumentar o número de coletas realizadas pela equipe, pois, o câncer de colo útero é o segundo maior incidente na população feminina e a prevenção é o caminho para reduzir os números de casos novos.

## **2- OBJETIVOS**

### **2.1- Objetivo geral**

Elaborar um plano de ação para aumentar a cobertura da coleta do exame citopatológico para rastreamento do câncer de colo do útero em mulheres com idade fértil entre 25 e 64 anos para atingir a meta de 33% ao ano.

### **2.2- Objetivos específicos**

- Elaborar estratégias para realizar a busca ativa das mulheres com exames preventivos atrasados pelos Agentes Comunitários de Saúde;
- Estimular as mulheres para realização da coleta do citopatológico durante as consultas de enfermagem, médica e odontológica e nas visitas domiciliares;
- Realizar visitas domiciliares de enfermagem para as mulheres abordadas pelas ACS e que nunca realizaram o exame de Papanicolaou;
- Readequar a agenda para a equipe oferecer o número de coletas compatível com a meta pactuada de 41 coletas por mês;
- Criar um arquivo rotativo para realizar o monitoramento das mulheres em relação ao exame de Papanicolaou e o acompanhamento dos resultados com alterações.

### 3- METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa no banco de dados do INCA (dados epidemiológicos) e uma busca de artigos científicos no site do Google, Bireme BVS para nortear o plano de ação elaborado pela equipe. Os descritores utilizados foram saúde da mulher, neoplasia do colo do útero e programa saúde da família. As revisões bibliográficas nortearam e fundamentaram o trabalho elaborado pela equipe de saúde.

A Secretaria de Saúde do município de Divinópolis forneceu a quantidade de exames de coleta de citopatológicos que a ESF Santa Lúcia deveria realizar por mês no ano de 2013. A meta seria 41 coletas por mês.

Após o conhecimento destes dados, foi elaborada uma planilha para anotação das informações das mulheres em idade fértil com a data do último preventivo (ver APENDICE 1). Essa planilha foi preenchida pelas ACS da equipe nas visitas domiciliares. Além do preenchimento da planilha, as ACS realizaram as orientações para a marcação da coleta e a importância da coleta anual.

A equipe de odontologia e a médica, em suas consultas com mulheres, questionavam a respeito da data do último preventivo e solicitavam o agendamento, se maior que um ano.

Após o preenchimento da planilha e a abordagem feita pelas ACS foi proposto pela equipe da ESF Santa Lúcia a visita domiciliar da enfermagem para as mulheres que nunca haviam realizado o exame e aquelas que haviam realizado há mais de um ano. Na visita domiciliar, a mulher era questionada sobre o motivo do atraso e da não realização do exame. Após, a enfermeira explicar como era realizada a coleta e responder as dúvidas das mulheres, o agendamento era realizado.

#### 4- REVISÃO DE LITERATURA

A prevenção é considerada como qualquer atitude capturada antes de uma situação mórbida ou que se ocorrer que seja de uma maneira mais tranquila. Assim, a prevenção ao câncer de colo de útero deve ser suficiente para se evitar o câncer avançado ou a interrupção da evolução de uma lesão<sup>17</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde, 2001<sup>18</sup> os métodos preventivos são hierarquizados em três níveis de atenção. A prevenção primária baseia – se na geração de métodos para barrar a contaminação por HPV através do incentivo ao estilo de vida saudável e ao sexo com segurança. Na secundária, a prevenção através do exame citopatológico para detecção de lesões precursoras de câncer. Terciária seria a retirada cirúrgica das lesões neoplásicas<sup>17</sup>.

O enfermeiro exerce ações na assistência, educação e na coordenação para incentivar a promoção, prevenção e recuperação à saúde<sup>17</sup>.

O enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família utiliza as medidas preventivas primárias e secundárias. A principal estratégia é a coleta do citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos após a primeira relação sexual.

Para alcançar essas mulheres, o enfermeiro deve desenvolver uma sensibilidade para identificar sentimentos que dificultam a coleta do exame e delinear ações para minimizá – los. O ponto de partida para que isso ocorra deve ser o estreitamento da confiança entre a usuária e o enfermeiro (profissional que na unidade básica de saúde é o principal profissional que realiza a coleta do preventivo). Acolhimento, diálogo e interação são fundamentais para existir o papel educador do enfermeiro<sup>19</sup>. As ações educativas devem ser claras, fáceis de serem entendidas pelas mulheres<sup>13</sup>.

A importância do citopatológico, o que se baseia, quais equipamentos serão utilizados, a posição e período da coleta, assim como o resultado e seus significados devem ser informações que os profissionais de saúde devem apresentar às mulheres<sup>6</sup>. Estudos mostraram que a realização do Papanicolaou está associada à recomendação médica, procura pelo teste pelas usuárias e presença de queixas<sup>20</sup>. Assim, o vínculo entre a usuária e o profissional é imprescindível.

Outros estudos (FERNANDES *et al*, 2009)<sup>21</sup> afirmam que 85% das mulheres relatam que realizaram a coleta do citopatológico pelo menos uma vez e que as com poder aquisitivo e escolaridade maior e que não são casadas apresentavam maior conhecimento sobre a importância do exame.

Outra questão importante seria a sexualidade em uma sociedade machista, pois, o homem precisa provar a sua masculinidade por meio de uma rotineira prática sexual<sup>1</sup>. Essa questão perpassa os vários motivos ou obstáculos impostos pelas mulheres ou companheiros ou mesmo a sociedade.

Vários são os fatores relacionados à falta de realização do exame preventivo: ausência de sintomas; medo e vergonha<sup>12</sup>; incomodo na realização do procedimento<sup>22</sup>; falta de acesso; ausência de consulta por tempo prolongado; baixa escolaridade; nuliparidade; desconhecimento do câncer de colo uterino e da importância da realização do preventivo<sup>12</sup>; medo do resultado<sup>23</sup>.

A falta de sinais e sintomas que poderiam qualificar a doença é um das desculpas para as mulheres não realizarem o Papanicolau. Elas se acham saudáveis por não apresentar queixa e não realizam o exame<sup>12</sup>.

Outro motivo é o medo e a vergonha do seu corpo ficar em evidência para ser investigado por um profissional de saúde<sup>12</sup>. A mulher que expõe o seu corpo, por causa do tabu do sexo, pela forma que foi criada e pela falta de informação transmite vergonha<sup>12</sup>. A impessoalidade pode exacerbar a vergonha, dificultando o relaxamento, causando o incomodo na realização do Papanicolau<sup>10</sup>. Pois, se trata de tocar e manusear órgãos e áreas erógenas<sup>12</sup>. O dialogo entre o profissional de saúde e a mulher diminui estes sentimentos e aumenta o vinculo<sup>22</sup>.

Várias mulheres não têm fácil acesso as unidades de saúde por morarem longe, por dificuldade financeira para transporte<sup>23</sup>, demora no atendimento ou agendamento<sup>12</sup>, elevado tempo de espera<sup>3</sup>, ausência de pessoas com quem deixar os filhos, extensa jornada de trabalho<sup>17</sup>.

Por estas dificuldades, a mulher fica sobrecarregada e não comparecerem à consulta médica o que reduz a quantidade de coletas de Papanicolau, dificultando a realização de práticas de auto-cuidado<sup>12</sup>.

A baixa escolaridade das mulheres acima de 50 anos está também associada a não realização do Papanicolau. Pode ser evidenciado devido à educação familiar e



escolar antiga. Muitas mulheres pensam que devem exercer apenas o serviço doméstico<sup>12</sup>.

O fato de nunca ter gerado um filho também é um fator importante na não realização do preventivo. Muitas por não terem sintomas e não terem tido filhos não procuram a unidade ou algum profissional para prevenir o câncer de colo de útero por acharem que não há necessidade<sup>12</sup>.

Muitas mulheres também acham desnecessária a coleta de Papanicolau e não a considera importante devido associar o procedimento à promiscuidade sexual. Desconhecem sobre as doenças sexualmente transmissíveis, HPV, sobre o câncer de colo de útero e seus fatores de risco. Isso se considera um desafio para os serviços de saúde e demanda um esforço dos profissionais para criar um vínculo com as mulheres e convencê-las da importância da realização da coleta do Papanicolau<sup>20</sup>.

As mulheres ainda possuem medo de se deparar com resultado positivo para o câncer<sup>23</sup> devido ao mito que essa doença possui na sociedade.

Cinquenta e sete por cento das mulheres realizam o exame Papanicolau na rede privada devido à facilidade de acesso de horário, por serem mal atendidas no SUS ou pela demora<sup>3</sup>.

A necessidade de adoção de estratégias diferenciadas pelos sistemas e serviços de saúde para melhorar os programas de rastreamento do câncer com a organização, integralidade e qualidade é urgente<sup>11</sup>.

De acordo com Souza *et al.*, 2006<sup>24</sup>

O enfermeiro pode prestar importante contribuição para a prevenção do câncer de colo uterino, destacando – se, dentre outras, sua participação no controle de fatores de risco, na realização da consulta ginecológica e do exame de Papanicolau, influenciando para um maior e melhor atendimento à demanda, efetivando um sistema de registro de qualidade, intervindo para o encaminhamento adequado das mulheres que apresentarem alterações citológicas.

Segundo Paula e Madeira, 2003<sup>25</sup>, o significado da submissão das mulheres e as percepções que elas trazem em relação à coleta do Papanicolau interferem no comportamento durante o exame. E os profissionais de saúde não compreendem que a mulher depara-se em situação de abandono<sup>7</sup>, devido à exposição do corpo.

Estes poderiam contribuir para tornar o exame menos doloroso passando a ser um espaço para que ela possa ser ouvida, sentir-se respeitada e protegida. É importante oferecer oportunidades para a mulher falar de si.

## **5- PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A COBERTURA DO EXAME DE PAPANICOLAOU NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA LUCIA/DIVINÓPOLIS**

### **5.1 – O Município de Divinópolis**

Cidade com cerca de 215.000 habitantes é pólo da região centro-oeste de Minas Gerais, e situa-se entre os 10 principais municípios do estado. Divinópolis caracteriza-se principalmente pela indústria têxtil e metalurgia/siderurgia. Limita-se ao norte com Nova Serrana, ao noroeste com Perdígão, a oeste com Santo Antônio do Monte, a sudoeste com São Sebastião do Oeste, ao sul com Cláudio e a leste com Carmo do Cajuru e São Gonçalo do Pará. Possui relevo predominante de áreas planas e campo, sendo que dois rios, Pará e Itapecerica, cortam a cidade.

Divinópolis foi fundada em 1767 por cinquenta famílias que viviam em propriedades próximas ao Rio Itapecerica e Pará. Em 1912 se tornou uma cidade com o nome de Divinópolis em homenagem a seu antigo nome. A chegada da estrada de Ferro Oeste de Minas em 1890 permitiu a instalação de indústrias siderúrgicas de aço e ferro, ocasionando um desenvolvimento da cidade.

Na cidade, há muitos casos de violência e drogas. O que aumenta muito devido às festas que movimentam a cidade mensalmente.

O município é dividido em 12 setores sanitários, e a rede assistencial conta com 20 equipes de ESF, dois Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 15 unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) tradicionais, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), nove farmácias de dispensação de medicamentos, um centro de especialidades (Policlínica), duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), quatro serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, um Serviço de Especialidades Odontológicas, uma residência terapêutica, uma vigilância à saúde e um Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM).

## 5.2 - Diagnostico situacional da Equipe de Saúde da Família Santa Lúcia

A ESF Santa Lúcia está localizada na Rua Altino de Oliveira Campos, nº 221, no Bairro Padre Eustáquio cuja área de abrangência é composta pelos bairros Padre Eustáquio, Dona Rosa e Conjunto Habitacional Santa Lúcia. Há aproximadamente doze anos e é considerada uma das unidades de saúde da família mais antigas da cidade.

A Unidade pertence ao Setor Sanitário 6 e faz limites com ESF Vale do Sol, ESF Sagrada Família e área de atuação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) Santa Rosa, que possui como referência o Centro de Saúde Nações.

A Unidade está aproximadamente a 5 km do centro da cidade, em uma região periférica e possui uma área de terreno de aproximadamente 300 m<sup>2</sup>, sendo 150 m<sup>2</sup> de área construída. O bairro tem predominância de pequenas moradias com muitos lotes vazios. Embora não haja grandes e médias atividades comerciais na região, coexistem diversos pequenos pontos de comércio. No bairro existem três áreas verdes e ausência de pontos de esporte e lazer comunitário.

Existem quatro linhas de transporte coletivo que fazem o itinerário para os bairros que compõem a população do ESF. Segundo relato dos Informantes “chave” existe pontos de venda de drogas, e os bairros são considerados com alto índice de criminalidade. A população na sua maioria é carente, com baixa renda, emprego instável e renda irregular.

Em 2013, a população feminina da ESF Santa Lúcia era de 1468 mulheres e sua configuração por faixa etária pode ser vista no Quadro 1, de acordo com dados do SIAB (março, 2013):

**Quadro 1- Distribuição, por faixa etária, da população feminina da Equipe de Saúde da Família Santa Lúcia, Divinópolis – Minas Gerais, março de 2013.**

<b>Idade</b>	<b>Número</b>
20 - 39 anos	809
40 – 49 anos	301
50 – 59 anos	216
> 60 anos	142
<b>TOTAL</b>	<b>1468</b>

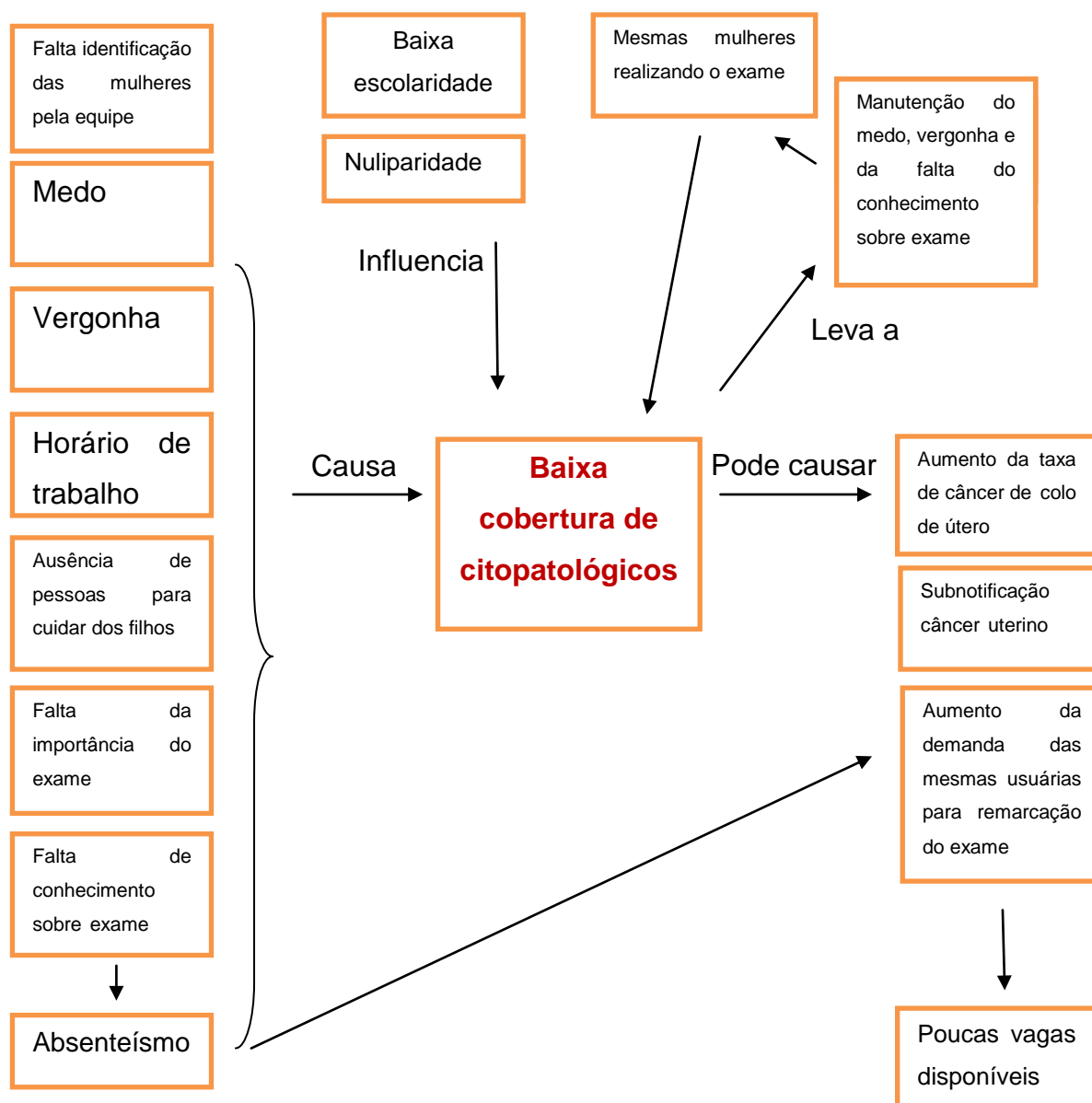
Com a meta pactuada de atingir 33% da população feminina em um ano (2013), a ESF Santa Lúcia necessitaria realizar 495 coletas de citopatológicos no ano de 2013, ou seja, 41 por mês.

No entanto, até março de 2013 a ESF Santa Lúcia não havia atingido a meta de 41 coletas por mês, então foi feita uma reflexão pela ESF para que pudessem ser identificados os motivos da baixa cobertura. A revisão bibliográfica foi imprescindível para podermos conhecer como outros profissionais de saúde pertencentes à ESF de varias regiões do país conseguiram superar o problema.

O primeiro passo foi a definição do problema. Como já foi dito, a meta de coletas de citopatológicos não foi atingida e, portanto, era preciso identificar e compreender a causa deste problema. Este problema foi classificado como de alta importância e com um alto grau de urgência. Além disso, a equipe de saúde identificou que possui também uma grande capacidade para solucionar o problema.

As causas da baixa cobertura de citopatológicos, levantadas pela ESF foram analisadas e sintetizadas na Figura1:

**Figura 1– Diagnóstico situacional da baixa cobertura do exame de Papanicolaou na Equipe de Saúde da Família Santa Lúcia, Divinópolis – Minas Gerais, em 2013.**



Fonte: organizado pela autora

Após levantamento das causas e consequências da baixa cobertura, as mais importantes na origem do problema precisavam ser enfrentadas, os “nós críticos”. O “nó crítico” é um tipo de causa sobre a qual a equipe pode intervir e amenizar ou solucionar o problema. Os “nós críticos” selecionados foram:

- Falta de identificação ou ficha de identificação pela equipe sobre as mulheres que se enquadram na faixa etária de 25 a 64 anos de idade.
- Medo do exame ou do resultado, por parte da clientela feminina.
- Vergonha.
- Horário de trabalho compatível com o horário de funcionamento da unidade.
- Falta de conhecimento sobre o exame.
- Falta de importância do exame.

### 5. 3- Plano de ação pactuado pela Equipe de Saúde da Família

A partir da identificação dos nós críticos foi possível traçar um plano de ação cujas soluções e estratégias foram pactuadas por toda a equipe de saúde Santa Lúcia, como pode ser visualizado no Quadro 2.

O prazo estabelecido para início e conclusão do plano de ação pela equipe foi pactuado em 30 dias. A enfermeira da equipe ficou responsável por acompanhar cada passo e avaliar mensalmente se as ações impactaram o número de coletas de citopatológicas.

O diagnóstico situacional, a revisão de literatura e o plano de ação são etapas importantes para planejar e executar as ações na estratégia saúde da família.

#### **Quadro 2 – Plano de ação pactuado por toda a Equipe de Saúde da Família da ESF Santa Lucia, para aumentar a cobertura do exame de Papanicolaou na área de abrangência.**

Nó crítico	Operação	Responsável	Resultados esperados	Recursos necessários
Falta de identificação ou ficha de identificação pela equipe sobre as mulheres que se enquadram na	Preenchimento da planilha de controle de preventivos.	ACS	- Levantamento da demanda de preventivos; - Cartão espelho de preventivo; - Arquivo rotativo.	- Materiais: papel, caneta, lápis, caixa; - Humanos: ACS e enfermeira

faixa etária de 25 à 64 anos de idade	Construção de arquivo rotativo para monitoramento das mulheres	Enfermeira		
Medo do exame ou do resultado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação nas visitas domiciliares sobre o exame;</li> <li>- Explicação sobre a coleta;</li> <li>- Abordagem da data da última coleta nas consultas médicas, enfermagem ou odontológicas;</li> <li>- Visita pela enfermagem para mulheres que mesmo após abordagem das ACS não marcaram preventivo.</li> </ul>	Equipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento da marcação do exame;</li> <li>- Sensibilização das mulheres quanto à coleta;</li> <li>- Solicitação por toda a equipe da coleta do exame</li> </ul>	Tempo, humanos, conhecimento sobre o tema.
Vergonha				
Falta de importância do exame				
Falta de conhecimento sobre o exame				
Horário de trabalho é o mesmo do funcionamento da unidade	Adequação do horário de oferta do exame para diurno e noturno de acordo com a demanda.	Enfermeira	Marcação do exame pelas mulheres que tinham dificuldade devido horário de trabalho	Agenda, recursos humanos

Fonte: organizado pela autora



## 6- CONCLUSÃO

O câncer de colo útero é o segundo na população feminina brasileira e é considerado um problema de saúde pública. Vários são os fatores de risco que envolvem esta doença: início precoce da atividade sexual, vários parceiros, multiparidade, tabagismo, higiene íntima inadequada, uso prolongado de contraceptivos orais e à infecção pelo HPV.

Apesar dos fatores de risco, muitas mulheres não tem realizado a coleta do Papanicolaou, exame considerado como a melhor estratégia para prevenção do câncer de colo de útero, além do uso de preservativo.

A baixa cobertura de citopatológico na população feminina em idade fértil de 25 a 64 anos, foi observada pela equipe de saúde da ESF Santa Lúcia. Nos três primeiros meses do ano de 2013, a equipe não atingiu a meta pactuada de 33% estabelecido pela Secretaria de Saúde Municipal e Estadual.

As causas foram levantadas pela equipe de saúde e os “nós críticos” foram apontados e dentre eles foram destacados a falta de identificação ou ficha de identificação pela equipe sobre as mulheres que se enquadram na faixa etária de 25 a 64 anos de idade; o medo do exame ou do resultado devido à falta de conhecimento; vergonha da exposição física; horário de trabalho compatível com o horário de funcionamento da unidade.

Tendo em vista os “nós críticos” identificados pela Equipe de Saúde da Família, foi elaborado um Plano de Ação envolvendo todos os profissionais. Neste plano, os Agentes Comunitários de Saúde e a enfermeira desempenham um papel fundamental, pois suas atividades favorecem a interface com as mulheres usuárias do serviço de saúde, facilitando o acolhimento e o dialogo, bem como a formação de vínculo. Assim, vários medos, mitos e vergonhas poderão ser superados com mais facilidade, fazendo com que a mulher se comprometa mais com a sua saúde. Com isso, espera-se que a cobertura de realização do exame de Papanicolaou aumente e, conseqüentemente o absenteísmo diminua. Desse modo, o papel fundamental da Estratégia de Saúde da Família, de utilizar a prevenção e a promoção da saúde para atingir metas e melhorar a assistência a saúde prestada para seus usuários, poderá ser mais bem desempenhada.

Após o plano de ação a equipe Estratégia Saúde da Família Santa Lúcia conhece melhor sua população feminina em idade fértil, e, espera-se alcançar os objetivos traçados e futuramente gerar projetos que possam continuar melhorando a saúde que todos nós desejamos e almejamos.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativas 2006. Estimativas da incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005. Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acesso em: 20.08.2013.
2. Inca.gov [*homepage* na Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 1996-2013 [acesso em março 2013]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br> Acesso em 31.11.2013.
3. Domingos ACP, Murata IMH, Pelloso SM, Schirmer J, Carvalho MDB. Câncer do colo do útero: comportamento preventivo de auto-cuidado à saúde. **Cienc Cuid Saude**. 2007; 397-403. Disponível em: <http://bases.bireme.br/>. Acesso em 20.08.2013
4. World Health Organization. World health statistics 2006 . Geneva: WHO; 2006. Disponível em: [http://www.who.int/whosis/whostat2006\\_erratareduce.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat2006_erratareduce.pdf). Acesso em 20.08.2013
5. Bento PASS, Telles AC, Suzarte CTS, Moraes LEO. O câncer de colo do utero como fantasma resistente a prevenção primaria e detecção precoce. **Rev de pesq: cuidado é fundamental** online. 2010: 776-786. Disponível em: [www.arca.fiocruz.br](http://www.arca.fiocruz.br). Acesso em 20.08.2013
6. Pontes FP. **Adesão das mulheres ao exame de prevenção do câncer de colo uterino: uma revisão integrativa**. 2012. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br](http://www.nescon.medicina.ufmg.br). Acesso em 20.08.2013
7. Cruz LMB, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do cancer do colo do útero: importância das influencias histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.120-131, 2008. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 20.08.2013
8. Oliveira ISB, Panobianco MS, Pimentel AV, Nascimento LC, Gozzo TO. Ações da equipe de saúde da família na prevenção e controle do câncer de colo de útero. **Cienc Cuid Saúde**. 2010; 9(2): 220-7. Disponível em: [periodicos.uem.br](http://periodicos.uem.br). Acesso em 20.08.2013
9. Mendonça GAS. Câncer na população feminina brasileira. **Rev. Saúde Pública**. v.27. n.1. 1993. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 20.08.2013
10. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Rev enferm**. 2009; 13(2): 378-84. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 20.08.2013

11. Ozawa C, Marcopito LF. Teste de Papanicolaou: cobertura em dois inquéritos domiciliários realizados no município de São Paulo em 1987 e em 2001-2002. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2011; 33 (5): 238-45. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 20.08.2013
12. Corrêa MA. **Fatores associados à baixa cobertura da citologia ontológica cervical e o papel da atenção primária.** 2012. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br](http://www.nescon.medicina.ufmg.br). Acesso em 20.08.2013
13. Canido RE, Carvalho GM, Merighi MAB, Martins AA. Avaliação do programa de prevenção do câncer do colo uterino e de mama no município de Paranapanema, estado de São Paulo, Brasil. **O mundo da saúde.** 2007; 31(3): 375-83. Disponível em [www.bases.bireme.br](http://www.bases.bireme.br). Acesso em 20.08.2013
14. Prado EV, Pereira WSB, Assis M. Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da estratégia de saúde da família de Rio Negro/MS. **Rev APS.** 2009; 12(4): 498-503. Disponível em: [www.aps.ufjf.br](http://www.aps.ufjf.br). Acesso em 20.08.2013
15. Linard AG, Silva AD, Silva RM. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino – percepção de como enfrentam a realidade. **Rev Bras Canc.** 2002; 48(4): 493-498. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgpmi/files/2010/04/Exemplo-de-artigo.pdf>. Acesso em 20.08.2013
16. Cordeiro KS. **A assistência às mulheres em idade fértil na equipe de saúde da família Santo Antônio de Inhapim: importância do perfil epidemiológico e da busca ativa.** 2012. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br](http://www.nescon.medicina.ufmg.br). Acesso em 20.08.2013
17. Sales, LVMC. **A atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino.** 2012. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br](http://www.nescon.medicina.ufmg.br). Acesso em 20.08.2013
18. Brasil. Ministério da Saúde. **Prevenção do câncer do colo do útero.** Manual técnico – profissionais de saúde. Brasília, 2001. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/.../controle\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_2013.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../controle_cancer_colo_uterio_2013.pdf) . Acesso em 20. 08.2013
19. Sacramento NAP. **A importância da estratégia de saúde da família para melhoria de cobertura do exame preventivo do câncer de colo de útero.** 2011. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais, 2011. Disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br](http://www.nescon.medicina.ufmg.br). Acesso em 20.08.2013

20. Duavy LM *et al.* A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. **Cien Saud Col.** Rio de Janeiro. 2007; 12 (3). Disponível em: [www.bases.bireme.br](http://www.bases.bireme.br) . Acesso em 20.08.2013
21. Fernandes JV *et al.* Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev Saud Pub.** São Paulo: 2009. 43 (5). Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 20.08.2013
22. Correa JPR. **A baixa cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero: desafio para a equipe de saúde da família Lourdes II do município de Montes Claros – MG.** 2011. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais, 2011. Disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br](http://www.nescon.medicina.ufmg.br). Acesso em 20.08.2013
23. Personi IAA. **Proposta de organização das ações de prevenção do câncer do colo do útero na unidade básica de saúde.** 2012. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br](http://www.nescon.medicina.ufmg.br). Acesso em 20.08.2013
24. Souza IEO *et al.* Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática. **Texto e contexto de enfermagem.** Florianópolis. 2006; 1.5 (4): 637 – 644. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 20.08.2013
25. Paula AF, Madeira AMF. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. **Rev escola enf daUSP.** São Paulo. 2003; 37 (3): 88 – 96. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br) Acesso em 20.08.2013

