

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

**RAFAELLA LIMA BICALHO DE CASTRO**

**PLANO DE AÇÃO COM VISTAS AO AUMENTO DA  
COBERTURA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DE PREVENÇÃO  
DO CÂNCER DE COLO UTERINO**

**UBERABA – MINAS GERAIS  
2013**

**RAFAELLA LIMA BICALHO DE CASTRO**

**PLANO DE AÇÃO COM VISTAS AO AUMENTO DA  
COBERTURA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DE PREVENÇÃO  
DO CÂNCER DE COLO UTERINO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda  
Cadete

**UBERABA – MINAS GERAIS  
2013**

**RAFAELLA LIMA BICALHO DE CASTRO**

**PLANO DE AÇÃO COM VISTAS AO AUMENTO DA  
COBERTURA DO EXAME CITOPATOLÓGICO DE PREVENÇÃO  
DO CÂNCER DE COLO UTERINO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda  
Cadete

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa

Aprovado em Belo Horizonte, 12 de novembro de 2013

Ninguém viabiliza nada só. Sempre há inúmeras pessoas que com pequenas ou grandes contribuições são responsáveis pela materialização de uma ideia, de um projeto ou simplesmente de um sonho. Gostaria de dedicar este trabalho a todos que de alguma forma contribuíram para a produção dele.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, que compreendeu meus anseios e me deu a coragem necessária para atingir os meus objetivos.

À minha família, que com paciência, compreensão e incentivo acompanharam a minha trajetória na elaboração deste trabalho e contribuíram para que eu pudesse finaliza - lo.

À minha filha Alice, por ser o meu maior incentivo.

À minha orientadora Dra. Matilde Meire Miranda Cadete, pela compreensão e ajuda gratificante no desenvolvimento deste trabalho.

À Equipe de Saúde do PSF Nossa Senhora de Fátima, que compartilhou comigo todos os momentos na elaboração deste trabalho.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS- Agente Comunitária de Saúde

CA- Câncer

DST- Doença Sexualmente Transmissível

HPV- Papiloma Vírus Humano

INCA- Instituto Nacional do Câncer

LILACS- Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Medicina

NC- Nós Críticos

OMS- Organização Mundial de Saúde

PES- Planejamento Estratégico Situacional

PSF- Programa Saúde da Família

SCIELO- *Scientific Eletronic Libraly Online*

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1-</b> Relação dos “nós críticos” e respectiva operacionalidade-----	..26
<b>Quadro 2-</b> Recursos Críticos-----	...27
<b>Quadro 3-</b> Proposta de ações para motivação dos atores-----	..28
<b>Quadro 4-</b> Responsáveis e prazos definidos para cada operação-----	28

## RESUMO

O câncer de colo do útero apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. Entretanto, é uma das neoplasias que mais causam óbito por câncer entre as mulheres. A principal estratégia para diagnóstico precoce é por meio do exame citopatológico de prevenção do câncer do colo do útero, mais conhecido como Papanicolaou. Porém após realização do diagnóstico situacional, realizado com dados do período de janeiro a agosto de 2011, verificou-se baixa cobertura do exame citopatológico de prevenção do câncer de colo uterino, das mulheres cadastradas no PSF Nossa Senhora de Fátima. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de ação visando melhor assistência e cobertura do exame citopatológico de prevenção do câncer de colo uterino. Para elaboração deste plano de ação seguiu-se três etapas: elaboração do diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e p plano de ação, propriamente dito. A revisão da literatura foi feita nas bases de dados da LILACS e do SciELO a partir dos descritores: câncer do colo do útero, prevenção do câncer de colo do útero e saúde da mulher. Foram consultados também sites/programas do Ministério da Saúde. Espera-se que as ações de saúde de atendimento à mulher, de forma sistematizada, avancem no sentido de se fazer melhor cobertura do preventivo do câncer do colo do útero quanto melhoria de todo o cuidado realizado no PSF Nossa Senhora de Fátima.

**Palavras chave :** Câncer do colo do útero. Prevenção do câncer de colo do útero. Saúde da mulher

## **ABSTRACT**

Cancer of the cervix has one of the highest potential for prevention and cure. However, it is one of the cancers that cause most cancer death among women . The main strategy is through early diagnosis of cervical cancer screening to prevent cancer of the cervix , known as Pap . But after completion of the situational analysis , conducted with data from the period January to August 2011, there was low coverage of cervical cancer screening to prevent cervical cancer , women enrolled in FHP Our Lady of Fatima . Thus , this study aimed develop an action plan aimed at better service and coverage of cervical cancer screening to prevent cervical cancer . To prepare this plan of action followed three stages : preparation of the situational analysis , literature review ep action plan itself. A literature review was performed in the databases LILACS and SciELO the descriptors : cancer of the cervix , preventing cervical cancer and women's health . Were also consulted sites / programs of the Ministry of Health is expected that the actions of health care for women , in a systematic way , in order to advance to better coverage of preventive cancer of the cervix as improvement of all care held in PSF Our Lady of Fatima;

**Keywords :** Cancer of the cervix . Prevention of cervical cancer . Women's healt

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	13
<b>3 OBJETIVOS</b>	
<b>3.1 Objetivo Geral</b>	14
<b>3.2 Objetivos Específicos</b>	14
<b>4 METODOLOGIA</b>	15
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b>	17
<b>6 PLANO DE AÇÃO</b>	23
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	30
<b>REFERÊNCIAS</b>	31

## 1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família é um projeto do Sistema Único de Saúde (SUS), entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2009).

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2009).

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. As equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso destes profissionais com os usuários e a comunidade (BRASIL, 2009).

As equipes do Programa Saúde da Família (PSF), de acordo com o Ministério da saúde (BRASIL, 2009), são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliado, conta ainda, com a equipe de saúde bucal: um odontólogo, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 3 mil a 4.500 famílias de uma determinada área.

É possível considerar, um avanço do Programa Saúde da Família, com aumento da cobertura, sendo esse fato importante para a concretização do modelo assistencial proposto. Outro aspecto importante para o desenvolvimento do programa é o vínculo da ESF e usuário.

Monteiro, Figueiredo, Machado ( 2009, p.21) nos dizem que:

A formação do vínculo ocorre pela aproximação entre o usuário e o profissional de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, habilidades e expectativas diferentes, pois um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Concordamos quando um autor reforça a noção de que o vínculo, envolve afetividade, ajuda e respeito; estimula a autonomia e a cidadania e, assim, acontece uma negociação, visando à identificação das necessidades, à busca da produção de vínculo, com o objetivo de estimular o usuário à conquista da autonomia quanto à sua saúde.

Mesmo sabendo da importância do vínculo com a população, da escuta de suas necessidades e angústias, expectativas e dúvidas, detectamos, após realizar diagnóstico situacional na unidade de saúde onde atuo como enfermeira, que o problema prioritário identificado foi a baixa adesão ao exame citopatológico.

No diagnóstico situacional foi verificado que de janeiro a agosto de 2011 foi realizado um total de 268 coletas de citopatológicos sendo que na área residem 1.118 mulheres na faixa etária de cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde que agora é de 25 á 64 anos, o que demonstra um índice de 23,97% de mulheres que realizaram seu exame de prevenção do câncer de colo uterino.

Conclui-se, então, a necessidade de realizar um trabalho com a finalidade de conhecer estratégias que possam aumentar a adesão das mulheres ao exame preventivo do câncer do colo do útero.

## **2 JUSTIFICATIVA**

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer, o câncer de colo do útero representa a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres, sendo superado apenas pela neoplasia mamária. O diagnóstico precoce e o tratamento das lesões precursoras são os objetivos dos serviços de saúde para tentar reduzir essa mortalidade (INCA, 2009).

Assim, após realização do diagnóstico situacional, enquanto atividade do Módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010) no PSF Nossa Senhora de Fátima, município de São Gotardo-MG, o principal problema identificado foi a baixa cobertura do exame citopatológico do colo uterino.

Dessa forma, a escolha do tema foi definida pela necessidade de realizar um trabalho com a finalidade de solucionar esse problema e pelo fato de a saúde e a educação estarem fortemente ligadas. Considera-se o enfermeiro o responsável por promover a educação em saúde.

Registra-se, ainda, que visamos à reorganização do processo de trabalho, estabelecendo um Plano de Ação que possa ser aplicado na unidade de saúde, melhorando a assistência prestada às mulheres atendidas pelo PSF Nossa Senhora de Fátima.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de ação visando uma melhor assistência e cobertura do exame citopatológico de prevenção do câncer de colo uterino das mulheres cadastradas no PSF Nossa Senhora de Fátima.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Identificar, na literatura nacional, o que se tem publicado a respeito do exame citopatológico do colo do útero e estratégias para adesão das mulheres.

Aumentar quantitativamente e qualitativamente a situação de saúde das mulheres residentes na área de cobertura do PSF Nossa Senhora de Fátima

## **4 METODOLOGIA**

Para elaboração do plano de ação visando ao aumento da cobertura de exames citopatológicos do câncer do colo uterino no PSF Nossa Senhora de Fátima foram seguidas três etapas: elaboração do diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e plano de ação.

### **4.1 Diagnóstico situacional do PSF Nossa Senhora de Fátima**

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), no período de janeiro a agosto de 2011, com a colaboração de todos os membros da equipe de saúde.

O diagnóstico situacional baseou-se no método de estimativa rápida, sendo possível obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais necessários para o seu enfrentamento a curto prazo e com baixo custo. Seu objetivo é envolver a população na identificação de suas necessidades. Os princípios que caracterizam a estimativa rápida são: coletar apenas dados pertinentes e necessários; obter informações que podem indicar as condições locais. Os dados levantados por meio deste método podem ser coletados por meio de bancos de dados de informação e dados cadastrais da equipe. Também podem ser coletados dados por meio de informantes-chaves e por observação ativa da área (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Foram coletados dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2011), fichas cadastrais e de acompanhamento e de registro em prontuários referente ao período de janeiro à agosto de 2011.

Em relação aos informantes-chaves, durante a realização do diagnóstico situacional os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) entrevistaram sete informantes líderes da área de abrangência (moradores antigos, presidente da associação de moradores do bairro, membros do Conselho Municipal de Saúde, líderes religiosos, comerciantes).

Realizou-se, também, observação ativa por todos os membros da equipe a fim de identificar os principais problemas relacionados à saúde da população da área de abrangência. Esse processo de elaboração do diagnóstico situacional apontou a baixa adesão das mulheres à realização do exame citopatológico.

## **4.2 Revisão bibliográfica**

Realizou-se revisão da literatura em base de dados eletrônicos, com busca de artigos nas bases do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Medicina (LILACS), utilizando-se os seguintes descritores: câncer do colo do útero, prevenção do câncer de colo do útero e saúde da mulher. Foram consultados também sites/programas do Ministério da Saúde.

## **4.3 Plano de ação**

A elaboração do plano de ação foi feito de acordo com o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010) .

Recorda-se que o PES tem é um método que propõe o desenvolvimento do planejamento com um processo participativo e possibilita que a população exponha suas necessidades, propostas e estratégias de solução.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 O Câncer do colo do útero

O útero é um órgão muscular, oco por dentro, em formato de pera. Mede cerca de 7,5cm de comprimento por 5cm de largura em sua parte superior. Suas paredes possuem mais ou menos 1,25cm de espessura. Seu tamanho varia de acordo com o número de gestações e das anormalidades uterinas (ex: fibroides, que são um tipo de tumor que pode distorcer o útero). Ele situa-se posteriormente à bexiga e é mantido nessa posição por diversos ligamentos. (SMELTZER e BARE , 2004).

O útero é composto de duas partes: o colo que se projeta para dentro da vagina, e uma parte superior, o fundo ou corpo, que é coberto posteriormente e, em parte, anteriormente pelo peritônio (SMELTZER e BARE , 2004). Sua principal função é abrigar o óvulo para nutri-lo e protegê-lo em suas etapas de embrião e feto até o nascimento (BRASIL, 2009).

Atualmente, o câncer de colo do útero representa um grande problema de saúde pública no Brasil, considerado uma das neoplasias que mais causam mortes por câncer na população feminina (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, este tipo de câncer demora muitos anos para se desenvolver e acomete, principalmente, a faixa etária de 35 a 55 anos, podendo, ocorrer em mulheres mais jovens (DAVIM *et al.*, 2005).

Para Oliveira *et al.* ( 2006), o câncer do colo do útero tem início silencioso, tendo em vista que seus sintomas aparecem quando ele já se encontra em um estágio avançado. Os sintomas principais são: sangramento após as relações sexuais, perda de sangue inesperado entre as menstruações, perda de sangue vaginal após a menopausa, aparecimento de sangue na urina ou fezes, dor na região pélvica.

A secreção vaginal no câncer do colo do útero avançado aumenta gradativamente e tem aparência aquosa, escura e com odor fétido, devido à necrose e infecção do tumor. O sangramento que acontece em intervalos irregulares pode ser leve (apenas suficiente para manchar roupas íntimas) e ocorre quase sempre após traumas brandos ou pressão (ex: relação

sexual, ou esforço para baixo durante defecação). À medida que a doença evolui, o sangramento pode persistir e aumentar (SMELTZER e BARE , 2004).

Dentre todos os tipos de câncer, o do colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto dos 100% quando diagnosticado precocemente (OLIVEIRA *et al.*, 2006). Isso é possível porque existe uma fase pré-clínica (sem sintomas) do câncer do colo do útero, em que a descoberta é por meio do exame citopatológico. Trata-se de um exame rápido, de baixo custo e fácil acesso. As alterações das células são facilmente diagnosticadas desde o início (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, os fatores de risco, para desenvolver o câncer de colo do útero, estão relacionados às condições socioeconômicas, ao início precoce da atividade sexual, aos múltiplos parceiros sexuais, ao tabagismo, à higiene íntima inadequada e ao uso prolongado de contraceptivos orais. Estudos mostram que o Papiloma Vírus Humano (HPV) tem papel importante no desenvolvimento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2006).

A partir desse contexto, foi criada uma vacina, com o objetivo de prevenir a infecção por HPV e, dessa forma, reduzir o número de pacientes que venham a desenvolver o câncer do colo do útero. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2009), apesar das grandes esperanças e resultados promissores nos estudos clínicos, ainda não se tem evidência suficiente da eficácia da vacina. No Brasil, há duas vacinas comercializadas. Uma delas é a quadrivalente, que previne contra os tipos de DNA virais 16 e 18, presentes em 70% dos casos de câncer de colo do útero, e contra os tipos 6 e 11, presentes em 90% dos casos das verrugas genitais. A outra vacina é específica para os subtipos 16 e 18.

É fundamental ressaltar que a vacina não substituirá a realização periodicamente do exame Papanicolaou. A vacina se constitui em mais uma estratégia para a prevenção do câncer de colo do útero( INCA, 2009)

## **5.2 O exame citopatológico de prevenção do câncer de colo do útero**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o diagnóstico precoce e o tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero são os objetivos dos serviços de saúde, para

tentativa de redução da mortalidade em relação a este câncer (BRASIL, 1988).

Buscando atender essa demanda, o Governo Federal criou o Programa Viva Mulher. Este programa consiste no desenvolvimento e na prática de estratégias que diminuam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer do colo do útero e de mama (INCA, 2009).

De acordo com as Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do colo do útero o início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para mulheres que já tiveram relação sexual e seguirem até os 64 anos de idade e serem interrompidos após essa idade, se essas mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos ( INCA, 2011).

Por meio de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde e os 26 estados brasileiros, além do Distrito Federal, são oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce em estágios iniciais da doença, assim como tratamento e reabilitação em todo território nacional (INCA, 2009)

A principal estratégia para detecção precoce do câncer do colo do útero é através do exame citopatológico de prevenção, com o objetivo de identificar as mulheres que possam apresentar a doença em fase inicial, quando o tratamento é mais eficaz (BRASIL, 2006).

O exame de prevenção do câncer de colo do útero, mais conhecido como Papanicolaou é um exame rápido e indolor ( INCA, 2009 ).

Esse exame é considerado um método altamente sensível, ou seja, sua precisão em diagnosticar corretamente os casos verdadeiros de lesões cervicais pre-neoplásicas e neoplásicas tem sido descrita entre 75% a mais de 90% dos casos. Isto quer dizer que o teste será raramente negativo na presença da doença, resultando numa baixa taxa de testes falso-negativos (PINHO *et al.*, 2003, p.107).

A técnica para realização do exame Papanicolau, de acordo com o Guia de Medicina Ginecológica é:

A paciente é colocada em posição ginecológica, o uso do espécúlo vaginal ajuda na exposição do colo e na sua visualização. Em seguida com a extremidade arredondada da espátula coletam-se células esfoliadas de quase todo o trato genital, na fôrnice da vagina. A outra extremidade é usada para raspar a região ectocervical, realizando uma rotação de 360 graus. Por último, utiliza-se na a escova na região endocervical, segue a técnica anterior, favorecendo o estudo citológico do canal do útero. O material é acondicionado na lâmina obedecendo a sequência da coleta: vagina – ectocérvice - endocérvice. Em pacientes grávidas, não se realiza coleta endocervical e nas pacientes previamente submetidas à histerectomia total abdominal, a coleta é realizada na cúpula vaginal (EDMUND; GERALDO, 2005, p.14).

Alguns cuidados se fazem imprescindíveis antes de iniciar a coleta do exame Papanicolau e que devem ser orientados à mulher:

Não ter relações sexuais nem mesmo com preservativo, 48 horas antes do exame. Não usar duchas ou medicamentos vaginais, 48 horas antes da realização do exame. Não deve ser feito quando estiver menstruada, pois a presença de sangue pode alterar o resultado. O exame deve ser feito de preferência próximo ao período ovulatório, pois o estrogênio promove o amadurecimento da mucosa facilitando a leitura citológica (EDMUND e GERALDO, 2005, p.14).

No que diz respeito aos resultados do exame, atentar-se para: se o resultado der negativo para câncer e se tratar do primeiro resultado negativo, é necessário fazer novo exame de prevenção daí a um ano. Caso se trate de já se ter um resultado negativo no ano anterior, o exame preventivo deverá ser feito daqui a três anos. Na ocorrência de alteração (NIC I), deve-se repetir o exame daí a 6 meses. Em caso de outras alterações (NIC II e NIC III), o médico deverá decidir a melhor conduta. Nesses casos, é necessário fazer exames complementares (INCA, 2009).

Em se tratando de infecção pelo HPV, o exame deverá ser repetido daí a 6 meses; entretanto, se a amostra for insatisfatória, isto é, a quantidade de material não deu para fazer o exame, este deve ser repetido logo que for possível (INCA, 2009).

O Ministério da Saúde recomenda que toda mulher com idade entre 25 e 59 anos, ou que tem ou já teve relação sexual realize o exame preventivo periodicamente. Inicialmente o exame deve ser feito anualmente. Se dois exames anuais seguidos apresentarem resultados negativo para displasia ou neoplasia, o exame pode passar a ser feito a cada três anos (BRASIL, 2006).

Mesmo sendo um exame rápido e indolor o nível de adesão ainda não é satisfatório. Isso pode estar relacionado a vários fatores, como: medo, vergonha, falta de conhecimento sobre a

importância da realização do exame, e até mesmo por muitas mulheres acreditarem que por não estarem apresentando nenhum sintoma não há necessidade da realização do exame (DAVIM *et al.*, 2005).

Percebe-se que as taxas de incidência e mortalidade ainda permanecem altas, demonstrando possíveis deficiências na oferta, no acesso e na qualidade das ações oferecidas. Diante disso, é importante adotar ações que permitam a produção de dados e informações complementares sobre a cobertura do teste Papanicolau (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009).

No Brasil, em especial nas regiões Sul e Sudeste, muitos trabalhos têm sido realizados nessa perspectiva. Por outro lado, na região Nordeste, poucos estudos têm sido feitos com tal objetivo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009).

Outro problema enfrentado pelo serviço de saúde é o número de mulheres que realizam o Papanicolau e não retornam para receber o resultado do exame:

Durante a vivência de atendimento ambulatorial percebe-se que muitas mulheres comparecem às filas dos postos de saúde durante a madrugada, a fim de garantir uma ficha para realizar o Papanicolau. Depois de um longo período de espera, a mulher é vista por um profissional de saúde que realiza o exame. Todavia, ocorre de muitas não voltarem ao serviço de saúde para buscar o exame (GREENWOOD, MACHADO e SAMPAIO, 2006, p.505).

Esse fato pode estar relacionado à falta de interação com o profissional, difícil marcação da consulta e a motivos de serviço (GREENWOOD, MACHADO e SAMPAIO, 2006).

### **5.3 A importância do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero**

É considerada relevante a educação permanente em saúde, com o desenvolvimento de atividades educativas junto às mulheres, priorizando campanhas de esclarecimento e prevenção do câncer de colo do útero (DUAVY *et al.*, 2007).

Nesse contexto, Davim *et al.* (2006, p.301) assim se pronunciam:

Vale salientar, portanto, que os projetos educativos em saúde sejam direcionados não somente para a necessidade de divulgação da importância e finalidade do exame de Papanicolau, como também, abordem sobre os cuidados necessários antes do

exame e a humanização na interação profissional-cliente durante a consulta ginecológica. Este direcionamento visa reduzir a vergonha, o medo e a tensão das mulheres, não só na realização da coleta do material, mas também, na consulta de retorno para apresentar o resultado, contribuindo assim na prevenção do câncer de colo de útero e de outras doenças ginecológicas que são detectadas, imprescindíveis na promoção da saúde da mulher.

Oliveira e Gonçalves (2004) afirmam que o enfermeiro desempenha papel importante na comunidade, pois participa de programas e atividades de educação em saúde, visando à melhoria da saúde da população. A educação em saúde engloba todas as ações em saúde, devendo ser inserida na prática diária do enfermeiro.

Para se obter um nível satisfatório de saúde, as pessoas precisam reconhecer suas necessidades e ser capazes de fazer mudanças nos hábitos de vida. Dessa forma, a educação em saúde faz com que adquiram autonomia para preservar e aumentar a sua qualidade de vida (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004)

Davim *et al.* ( 2005) vão mais longe ao corroborarem que o enfermeiro deve atuar em programas de promoção da saúde e prevenção, incentivando e informando as mulheres sobre a importância da realização do exame citopatológico de prevenção do câncer do colo do útero, incluindo, também, orientações sobre os cuidados necessários antes da realização do exame e durante a coleta do mesmo, com realce da necessidade dela retornar ao serviço de saúde para buscar o resultado.

## **6 PLANO DE AÇÃO**

Conforme descrito anteriormente o plano de ação do PSF Nossa Senhora de Fátima, foi elaborado de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional simplificado, seguindo os dez passos descritos a seguir:

### **Primeiro Passo: Principais problemas da área de abrangência.**

Pelo diagnóstico situacional realizado, detectou-se que a população residente na área de abrangência (3.684 usuários) do PSF Nossa Senhora de Fátima é composta, na sua maioria, por adultos jovens do sexo feminino. A população feminina representa 52.86% e a masculina 47.14%. As crianças de 0 a 14 anos correspondem a 21.3%; a de adolescentes de 15 a 19 anos são 8.56%, os adultos são 57.66% e os idosos 12.35%.

No que se refere à situação de abastecimento e saneamento das casas, todas possuem rede de energia elétrica, abastecimento de água encanada e coleta de lixo. De acordo com SIAB em 2011, durante o período do diagnóstico foram cadastradas 29 gestantes, sendo 41.37% com idade inferior a 20 anos. O número de hipertensos cadastrados são 477 (12.94%), os diabéticos são 106 (2.87%) e alcoólatras 18 (0.48%).

A respeito da participação da população, verifica-se que grande parte das reclamações foi voltada para o setor administrativo municipal, sendo questões relacionadas a lixo em lotes vagos, cães nas ruas, consumo de drogas e prostituição. Em relação a essas questões, acredito que a estratégia saúde da família pode colaborar na organização para eleger representantes de bairro, onde estes, após reuniões comunitárias, estariam demonstrando junto ao município seus anseios e necessidades cotidianas e teriam a possibilidade de buscar alternativas para as situações descritas acima.

Através do Diagnóstico Situacional foi identificado que de janeiro a agosto de 2011, foram realizadas um total de 268 coletas de citopatológico o que demonstra índice de 23.94% de mulheres na faixa etária (25 à 64 anos) preconizada pelo Ministério da Saúde que realizaram o exame de prevenção do câncer de colo uterino.



- **Causas relacionadas às pacientes:**
  - Falta de conhecimento sobre a importância da realização do exame.
  - Mulheres que trabalham no horário de funcionamento da unidade de saúde.
  - Falta de interesse em não agendar a coleta do exame.
  
- **Causas relacionadas à equipe de saúde:**
  - Unidade de saúde adaptada e pouco confortável para o acolhimento.
  - Possível falta de criação de vínculo entre equipe e usuários.
  - Falta de visita das agentes comunitárias de saúde, devido à falta de mais profissionais.
  - Abordagens ineficazes, ou não realização de grupos de promoção e prevenção.
  - Falta de arquivo sistematizado e busca ativa criteriosa das mulheres.
  
- **Consequências:**
  - Baixa cobertura de exames citopatológicos de prevenção do câncer do colo uterino realizados.
  - Diagnóstico tardio do câncer de colo uterino, que consequentemente reduz a probabilidade de cura.
  - Eleva o risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis.
  - Risco aumentado para infecções vaginais.
  - Gestantes e mulheres em idade fértil com probabilidade de complicações gestacionais e agravos materno – fetais.
  - Aumento progressivo dos gastos em saúde e procedimentos de alta complexidade.

### **Quinto Passo: Nós críticos**

Neste passo, foram identificadas as causas consideradas mais importantes na origem do problema, que de acordo com o PES, são denominadas de “nó crítico”.

Nó crítico é um tipo de causa, de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010, p.65)

## Sexto Passo: Desenho das operações

Neste passo, foi realizado o desenho Assim, elencamos os seguintes “Nós críticos” (NC)

- NC 1 : equipe de saúde e abordagens ineficazes.
- NC 2 : a não criação de vínculo com a equipe e não participação das atividades coletivas.
- NC 3 : índice de coleta de citopatológico inferior ao pactuado pelo município.
- NC 4 : eleva o nível diagnóstico das operações, tendo como objetivo:
- Descrever as operações para enfrentamento dos “nós críticos”.
- Identificar os produtos resultados esperados para cada operação definida.
- Identificar os recursos necessários para concretização das operações.

**Quadro 1** - Relação dos “nós críticos” e respectiva operacionalidade

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
Equipe de SF e ou abordagens ineficazes.	Implantar a utilização do cartão rotativo para acompanhamento e agendamento de coleta.	Cobertura total da coleta de citopatológico na nossa área de abrangência área.	Cadastro realizado de mulheres da faixa etária preconizada pelo MS, ofertando atendimento agendado.	Confecção em gráfica de fichas específicas.
A não criação de vínculo com a equipe e não participação coletiva de atividades.	Realizar pesquisa de satisfação pelas mulheres que realizaram o exame e colher sugestões e críticas.	Aumento do vínculo com a comunidade, gerando maior adesão aos serviços ofertados na UBS.	Encontro de alternativas e soluções junto à equipe e comunidade para solução dos problemas identificados.	Questionário impresso.
Índice de coleta inferior ao pactuado pelo município.	Expor junto ao gestor a necessidade de aumentar investimentos na área.	Cumprimento de meta pactuada e acolhimento de qualidade.	Entendimento da necessidade de investir no marketing, capacitações e melhoramento de infraestrutura.	Inespecífico.
Eleva o risco de contrair DSTs e CA de colo uterino.	Realizar reuniões e grupos operacionais para troca de experiências e	Conscientizar que a prevenção é a melhor opção.	Promover informação e divulgação.	Inespecífico.

	informação.			
--	-------------	--	--	--

### Sétimo Passo: Recursos críticos

Este passo consiste na identificação dos recursos críticos.

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para execução de uma operação e que não estão disponíveis, e por isso é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias, para que se possa viabilizá-los. (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010, p.69)

### Quadro 2 – Recursos Críticos

Operação/Projeto	Recursos Necessários
Implantar a utilização do cartão rotativo para acompanhamento e agendamento de coleta.	<b>Financeiro:</b> para a confecção em gráfica de fichas específica. <b>Político:</b> Aprovação do Coordenador da Atenção Básica
Realizar pesquisa de satisfação pelas mulheres que realizaram o exame e colher sugestões e críticas.	<b>Financeiro:</b> para confecção do questionário impresso.
Expor junto ao gestor a necessidade de aumentar investimentos na área.	<b>Político:</b> Apoio do Gestor Municipal de Saúde
Realizar reuniões e grupos operacionais para troca de experiências e informação.	<b>Inespecífico.</b>

### Oitavo Passo:

No oitavo passo, foi analisado a viabilidade. A ideia central que rege esse passo e de que o ator que está planejando não tem controle sobre todos os recursos necessários para a realização do plano. Sendo necessário identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema, e assim, criar ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano, ou seja motivar o ator que controla os recursos críticos.

**Quadro 3- Proposta de ações para motivação dos atores.**

Operações/Projetos	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Operações Estratégicas
		Ator que Controla	Motivação	
<b>Linha de cuidado</b>  Organizar atendimento via fichário rotativo.	<b>Financeiro-</b> Confecção de fichas em gráfica e reposição para estoque. <b>Político-</b> Liberar recurso para serviços com gráfica.	Secretário Municipal de Saúde; Coordenação da Atenção Primária.	Favorável  Favorável	Encaminhar modelo á gráfica.
<b>Saber</b> Propiciar informação para população á respeito de DSTs e câncer do colo uterino.	<b>Financeiro-</b> Lanches para reuniões, materiais informativos. <b>Político-</b> Liberar recurso para grupos operacionais e reuniões.	Secretário Municipal de Saúde; Coordenação da Atenção Primária em Saúde	Favorável  Favorável	Organizar eventos em agenda.

**Nono passo: Responsáveis e prazos de operacionalização de cada operação**

No nono passo buscou-se designar os responsáveis por cada operação e definir o prazo para realização das operações

**Quadro 4- Responsáveis e prazos definidos para cada operação**

Operações	Resultados	Produtos	Operações Estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Linha de cuidado</b> Organizar atendimento via fichário rotativo.	Metas atingidas e acompanhamento organizado.	Fichário rotativo	Elaboração de fichas impressas	Coordenação da Atenção Primária em Saúde. Coordenadora de Equipe	60 dias

<b>Saber</b> Propiciar informação para a população a respeito de DSTs e câncer do colo uterino.	Vínculo efetivos com os usuários e promoção da educação em saúde.	Agenda de grupos operacionais e reuniões divulgadas via ACS e na UBS	Criação da agenda de grupos e reuniões	Equipe de Saúde da Família PSF- Nossa Senhora de Fátima	30 dias
---	--	--	---	--	---------

### **Décimo passo: Gestão do plano**

Neste passo é descrito o acompanhamento de todo o processo descrito que será realizado via SIAB, através do indicativo de exames endocervicais e o fechamento de resultados, mensalmente, via coordenação de equipe de ESF. Quanto ao monitoramento de casos de CA de colo uterino, trimestralmente será levantado, via vigilância epidemiológica, as notificações dos casos confirmados. Neste caso, em específico, a relação idade e caso diagnosticado serão avaliados, assim também como o endereço de moradia e micro área de abrangência.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao elaborar o diagnóstico situacional do PSF Nossa Senhora de Fátima, onde foram descritos os problemas da área de abrangência e identificados os passíveis de resolução e a prioridade de cada um dos problemas, verificou-se a necessidade da realização de um plano de intervenção.

Para elaborar o plano de ação foi utilizado o PES, o qual permitiu a equipe formular propostas baseadas em evidências e com alto poder de resolutividade.

O estudo se caracteriza como um esforço conjunto da equipe no fortalecimento da atenção primária, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada às mulheres de 25 a 64 anos na prevenção do câncer de colo uterino, por meio de um trabalho sistematizado com planejamento das ações, acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos.

Ressalta-se, também, acerca da importância da realização de atividades de educação continuada para que todos os profissionais da equipe estejam qualificados para orientarem a população. Isso implica dizer que ações educativas como: palestras, grupos, campanhas que divulguem não apenas a importância da realização do exame Papanicolaou, mas também os cuidados necessários antes da realização do exame e, principalmente, a criação do vínculo entre profissional e cliente, visa reduzir o medo e a vergonha que a impedem de comparecer ao serviço de saúde para coleta do exame.

Outro fator importante foi a criação do fichário rotativo, para registro de dados e facilitar o acesso e levantamento dos mesmos, com acesso restrito aos funcionários da equipe, devidamente capacitados.

Merece destaque o trabalho das agentes comunitárias de saúde para a concretização dessas ações, realizando as seguintes atividades: convidando a população alvo para comparecer aos grupos educativos, relatando os cuidados para realização do exame, uma vez que muitos exames são elas que marcam. Também realizaram busca ativa de um maior número de mulheres para realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino e, assim, possibilitar a detecção de lesões em estágios iniciais, aumentando o índice de cura e melhorando a qualidade de vida e assistência prestada a saúde da mulher.

Pode -se afirmar que a participação no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família contribuiu para melhorar a assistência ofertada às mulheres acompanhadas pelo PSF Nossa Senhora de Fátima, através de ações de promoção e prevenção à saúde, de acordo com os conhecimentos adquiridos durante o curso.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Kamila Matos de et al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.25, suppl.2, p. 301-309, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dicas em Saúde – Câncer do Colo do Útero**. 2006. Disponível em: [HTTP://bvms.saude.gov.br/html/pt/dicas/138coloutero.html](http://bvms.saude.gov.br/html/pt/dicas/138coloutero.html). Acesso: em 12/05/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero**. 2009. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=140](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140). Acesso em: 12/05/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero**. 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em 12/08/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – Agenda da Mulher**. 2005. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_mulher.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_mulher.pdf). Acesso em: 12/05/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica – Saúde da Família**. 2006 Disponível em: [HTTP://bvms.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php](http://bvms.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php). Acesso: em 19/09/2012.

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

DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. [S.l.]; **Rev. esc. enferm. USP**, p. 296-302, 2005

DUAVY, Lucélia Maria et al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. [S.l.]; **Ciênc. saúde coletiva**, 2007, 733 p.

EDMUND, C.D; GERALDO, R. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar: Ginecologia**. 1ed. Barueri: Manole, 2005

GREENWOOD, Suzana de Azevedo; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; SAMPAIO, Neide Maria Vieira. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. [S.l.]; **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, p.503-509, 2006

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva ; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP** [online]., v.43, n.2, p. 358-364, 2009

OLIVEIRA, Hadelândia Milon; GONCALVES, Maria Jacirema Ferreira. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.57, n.6, p. 761-763, 2004

OLIVEIRA, Márcia Maria Hiluy Nicolau et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou. São Luís: **Rev. bras. epidemiol.** v.....n.....; p. 325-334, 2006.

PINHO, Adriana de Araújo et al.. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.19, suppl.2, p.303-313, 2003.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. SIAB- Secretária de Assistência a Saúde / DAB – DATASUS. **Secretária Municipal de Saúde São Gotardo-MG -MG**. 20 mar. 2013.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

