

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

RENATA JULIANA DE C. O. GUIMARÃES

**SUBSTITUIÇÃO EVENTUAL DO ENFERMEIRO DO SEXO MASCULINO POR UM
DO SEXO FEMININO: ESTRATÉGIA PARA MAIOR ADESÃO DAS MULHERES
AO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM POMPÉU –
MG**

POMPÉU – MINAS GERAIS

2014

RENATA JULIANA DE C. O. GUIMARÃES

**SUBSTITUIÇÃO EVENTUAL DO ENFERMEIRO DO SEXO MASCULINO POR UM
DO SEXO FEMININO: ESTRATÉGIA PARA MAIOR ADESÃO DAS MULHERES
AO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM POMPÉU –
MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação de Pós-Graduação da Universidade
Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em Atenção Básica
em Saúde da Família
Orientadora: Prof. Dra. Raquel Conceição Ferreira.

POMPÉU – MINAS GERAIS

2014

RENATA JULIANA DE C. O. GUIMARÃES

**SUBSTITUIÇÃO EVENTUAL DO ENFERMEIRO DO SEXO MASCULINO POR UM
DO SEXO FEMININO: ESTRATÉGIA PARA MAIOR ADEÇÃO DAS MULHERES
AO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM POMPÉU –
MG**

Banca Examinadora

Prof. Raquel Conceição Ferreira - Orientadora

Prof. _____

Aprovado em Belo Horizonte, em ___/___/_____

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre presente na minha vida, e tornar tudo possível;

Agradeço a minha família, por todo apoio e confiança em mim depositada, o que tornou possível a realização de meus projetos, dentre os quais o da realização desta especialização;

À minha orientadora Raquel Conceição Ferreira, pela credibilidade e orientação.

“... Sei que meu trabalho é uma gota no oceano, mas sem ele o oceano seria menor.”

Madre Tereza de Calcutá

RESUMO

O presente trabalho foi elaborado a partir do estudo dos dados expostos em relatório construído pela Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município de Pompéu – Minas Gerais. A análise das fichas de notificação dos casos de câncer uterino, assim como dos números de exames de Prevenção de Câncer de Colo (PCCU) realizados na Equipe de Saúde da Família (ESF) do bairro Loteamento - Unidade de Saúde Ary, durante os três primeiros meses de 2013, demonstraram que a baixa adesão das mulheres a realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino na área estudada requeria decisões e ações imediatas e que uma das causas era o fato do exame ser realizado por um enfermeiro do sexo masculino, além de problemas relacionados à falta de percepção das mulheres sobre a importância do exame. Neste contexto o trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção visando aumentar a adesão das mulheres da área de abrangência da equipe do Programa Saúde da Família do bairro loteamento – Unidade de Saúde Ary em Pompéu –MG, ao exame de PCCU. Para seu desenvolvimento além de estudo dos dados expostos em relatório construído pela Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município, para verificar o número de mulheres que realizaram o exame de PCCU durante os três primeiros meses de 2013, foi realizada entrevista com as mulheres da área pesquisada para conhecer a razão para a baixa adesão ao referido exame. Posteriormente houve a compilação desses dados e a elaboração do plano operativo visando aumentar o número de mulheres que realizam o exame de PCCU. Na implementação do referido plano, o método proposto foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), com ações práticas, além de ações educativas. Além da substituição uma vez por semana, do enfermeiro do sexo masculino por um do sexo feminino para coleta do material, foram firmadas parcerias com as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, assim como com a rádio local, empresários e comerciantes que residem no território visando divulgar informações sobre a importância de realização anual do exame de PCCU.

Palavras chave: Prevenção de Câncer de Colo Uterino – PCCU. Atenção Primária em Saúde. Estratégia Saúde da Família - ESF.

ABSTRACT

This paper was developed from a study of the data presented in the report built Coordination of Epidemiological Surveillance of the county of Pompeu - Minas Gerais. The analysis from reporting cases of uterine cancer, as well as the number of exams Cancer Prevention Colo (PCCU) performed in a Family Health Team (FHT) Allotment neighborhood - Health Unit Ary, during the first three months of 2013, showed that poor adherence of women to perform the examination for the prevention of cervical cancer in the study area require immediate decisions and actions and that one reason was that the examination be performed by a male nurse, besides problems made the lack of awareness of women about the importance of the exam. In this context, the study aimed to develop a plan of action to increase women's membership area covered by the Family Health Program of the allotment neighborhood team - Ary Health Unit at Pompeu-MG, examine PCCU. To study their development beyond the data provided in the report built Coordination of Epidemiological Surveillance of the county, to verify the number of women who were examined for PCCU during the first three months of 2013, interviews with the women of the area surveyed was performed to know the reason for poor adherence to examination. Later there was the compilation of this data and the preparation of the operational plan to increase the number of women who perform the exam PCCU. In the implementation of this plan, the proposed method was the Situational Strategic Planning (ESP), with practical actions, and educational activities. Apart from the replacement once a week, the male nurse for a female to collecting material, partnerships with the Municipal Health and Education were signed, as well as local radio, businessmen and traders residing in the territory aiming to disseminate information about the importance of annual examination during PCCU.

Keywords: Prevention of Cervical Cancer - PCCU. Primary Health Care. Family Health Strategy - FHS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo geral	12
3.2 Objetivos específicos	12
4 REFERENCIAL TEÓRICO	13
4.1 Saúde da Mulher: Enfoque de Gênero.....	13
4.2 Prevenção do câncer de Colo de Útero.....	18
5 METODOLOGIA	22
6 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL	23
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
7.1 Ações educativas visando a prevenção do câncer de colo de útero.....	27
7.2 Avaliação dos resultados.....	28
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero constitui-se em um dos maiores problemas de saúde da mulher, levando à morte muitas mulheres jovens, o que poderia ser evitado com a realização do exame de Papanicolau. O exame de Papanicolau é um procedimento médico simples e indolor para o diagnóstico de displasias pré-cancerosas. A realização desse exame pode contribuir quando descoberto no início para um diagnóstico precoce da doença, oportunizando às mulheres um tratamento preventivo e até mesmo um tratamento curativo, visto que o câncer de colo do útero é plenamente curável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Pompéu é um município mineiro, situado na região sudeste do Estado de Minas Gerais. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), possui cerca de 30.000 habitantes e apresenta uma taxa de urbanização de 86,19%, sendo a população residente na área rural equivalente a 13, 81%. O município está localizado na microrregião de Três Marias, faz limites, ao norte com o município de Felixlândia, a noroeste Morada Nova, ao sul com Pitangui, a sudeste Papagaios, a sudoeste Martinho Campos, a leste Curvelo e a oeste com Abaeté.

A economia do município está baseada na agropecuária, destacando-se como o maior produtor de leite do estado de Minas Gerais. Possui ainda duas usinas para produção de álcool e grande investimento na produção florestal de eucalipto com, aproximadamente, 50.000 hectares plantados. Com um Índice de Desenvolvimento Humano – (IDH), de 0,602, de acordo com dados do IBGE (2010), 100% das famílias da área urbana contam com os serviços de energia elétrica da Cemig, enquanto a cobertura de iluminação é feita em 85% da zona rural. Quanto a pavimentação, 72% das vias urbanas são asfaltadas; 90% da população conta com abastecimento de água tratada, enquanto somente 60% das casas possui rede de esgoto.

Com relação à saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de organização e gestão da Atenção Básica. Atualmente, o município conta com 8 ESF, 5 equipes de saúde bucal e 1 equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A Policlínica Municipal funciona como referência ambulatorial, onde a contra referência ainda não é uma realidade. A Policlínica presta atendimentos de ortopedia, otorrinolaringologia, dermatologia, cirurgia geral, cardiologia, oftalmologia, fonoaudiologia, nutrição, ginecologia, pediatria, exames de apoio e diagnóstico de eletrocardiograma e ultrassonografia.

A ESF do bairro Loteamento, na Unidade de Saúde Ary, situa-se na área urbana do município de Pompéu e é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de

enfermagem e três agentes comunitários de saúde. A unidade, atualmente, está bem equipada e conta com recursos adequados para o trabalho da equipe, porém, não há Equipe de Saúde Bucal. Os casos para tratamento odontológico são encaminhados para a unidade do centro, que os assiste, juntamente com a população do respectivo território.

O número de famílias cadastradas no território da Unidade de Saúde Ary é de 262, com uma população total de 993 pessoas. A porcentagem de famílias inscritas no Programa Bolsa Família corresponde a 23,28% do total. Com relação às residências, 100% são de tijolo. Já no tocante ao tratamento de água nos domicílios, 100% dos mesmos utilizam água tratada.

Neste bairro, assim como em toda a cidade de Pompéu, não possui ônibus coletivo. As pessoas se locomovem por meio de bicicletas, motos, carros ou táxi. A bicicleta é um meio de transporte predominante por ser uma cidade plana. No bairro Loteamento, há uma fábrica de palhas de cigarro, duas fábricas de pão, uma fábrica de doce, uma serralheria de pedra ardósia e granito, 10 salões de beleza, 6 verdureiras, 4 mercearias, 18 botecos, um parque de exposições, 1 supermercado e conta ainda com várias sacoleiras. Há ainda duas praças, que se constituem no único entretenimento para a população, sendo que uma delas possui rampas de skate. Possui também grande quantidade de animais soltos, grande quantidade de lotes lindeiros e entre os vários problemas registrados na área de abrangência do PSF destacaram-se a violência e roubo, grande número de adolescentes nas ruas, falta de opção de lazer, risco de proliferação de *Aedes Aegyptis*.

As visitas domiciliares são realizadas aos pacientes que possuem dificuldade de acesso à rede de saúde, ou nos casos em que as mesmas são imperativas. A maior parte dos usuários do território é composta por pessoas de baixa renda e nível de escolaridade baixo. Muitos acreditam em terapias alternativas sem evidência médica estabelecida, como o uso de ervas tidas como medicinais.

Além de contar com a assistência da Estratégia de Saúde da Família, esses usuários também são atendidos no centro municipal de saúde em caso de urgências e intercorrências que demandam atendimento mais rápido.

Uma importante causa de morte dos pacientes adultos desse território em questão está associada às doenças cardiovasculares, seguindo uma tendência comum em nosso país, quando consideradas apenas as causas atribuíveis às doenças. Os fatores de risco cardiovasculares, tais como hipertensão arterial e distúrbios de condução cardíaca, mostraram-se com frequência significativa nessa população. Porém, as causas mal definidas são predominantes no município.

Apesar de na área de abrangência do PSF em questão os atendimentos ocorrerem de forma satisfatória e humanizada, com participação importante das comunidades, mereceu destaque a grande quantidade de mulheres que não realizaram o exame preventivo de câncer de colo de útero – PCCU.

2 JUSTIFICATIVA

O Câncer do Colo do Útero constitui-se em um problema de saúde pública no Brasil causando a morte de um número considerável de mulheres. Estima-se que este mal ocupa o terceiro lugar de incidência na população feminina em idade fértil, representando 10% dos tumores malignos em mulheres, como registra o Ministério da Saúde (2001)

No entanto, esta incidência poderia diminuir consideravelmente, visto ser este o único tipo de câncer para o qual se dispõe de tecnologia para prevenção, detecção precoce e tratamento. Este câncer poderia ser evitado se as mulheres realizassem periodicamente o exame de Papanicolau, que além de ser indolor e de baixo custo, apresenta bastante eficácia, pois permite reduzir em 70% os casos de mortalidade entre as mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Em Pompéu, na área de abrangência do PSF do bairro Loteamento, mais especificamente na Unidade de Saúde Ary, foi registrada uma baixa adesão das mulheres ao exame de PCCU, o que ocorria, como comprovou entrevista realizada com as mulheres, que o ocorrido era devido o exame ser realizado por um profissional enfermeiro do sexo masculino, fato que despertou a atenção da equipe de saúde da família para a necessidade urgente da elaboração de um plano de intervenção e estabelecimento de estratégias de intervenção participativa com a comunidade, visando levar mais mulheres a realizar tal procedimento e, conseqüentemente, a prevenção e controle dos casos de câncer de colo de útero.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão das mulheres da área de abrangência da Equipe Saúde da Família do bairro loteamento – Unidade de Saúde Ary em Pompéu –MG, ao exame de Prevenção do Câncer de Colo de Útero.

3.2 Objetivos específicos

- Conhecer a incidência de câncer de colo de útero na população de Pompéu;
- Elaborar e implementar um plano de ação com vistas à adesão das mulheres da área de abrangência da Equipe Saúde da Família do bairro loteamento – Unidade de Saúde Ary em Pompéu –MG, ao exame de PCCU;
- Organizar e desenvolver, de forma colaborativa entre equipe multidisciplinar da ESF Loteamento – Unidade de Saúde Ary, atividades educativas com o objetivo de proporcionar à população de Pompéu – MG, conhecimento sobre meios para a prevenção e diminuição da incidência de câncer de colo de útero, bem como propor estratégias que visem facilitar o acesso a ações de atenção e manutenção da saúde das mulheres;

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Saúde da Mulher: Enfoque de Gênero

As mulheres compõem a maioria da população brasileira (50,77%) e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, no entanto muitas delas aparecem acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas e/ou com deficiência, assim como vizinhos e/ou amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (BRASIL, 2007).

Encontra-se na literatura vários conceitos sobre saúde da mulher. Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e outras mais amplas que interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Nas concepções mais restritas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo (COELHO, 2003).

Ao rever o histórico da saúde da mulher no Brasil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) destacou que no país, a saúde da mulher só foi incorporada às políticas nacionais a partir das primeiras décadas do século XX, mesmo assim, o atendimento era limitado ao ciclo gravídico-puerperal. Somente no final da década de sessenta é que houve um enfoque maior na prestação de assistência aos filhos das mulheres que não tinham acesso aos serviços de saúde, constituindo a atenção pré-natal como uma ação universalista em relação à saúde da mulher (VILELA; MOTEIRO, 2005).

Coelho e Motta (2005) lembraram que a preocupação com a saúde da mulher sofreu uma mudança nos últimos 40 anos, quando o conceito de controle de natalidade deu lugar ao conceito de saúde reprodutiva que, de forma mais abrangente, compreende a saúde da mulher e seus direitos.

Marques et al (2005, p. 5) registraram que durante o século XX a mulher brasileira

(...) ficou praticamente excluída do sistema oficial de saúde no país, pelo descaso na elaboração de políticas públicas específicas às suas reais necessidades. Embora a proteção à maternidade, à infância e à adolescência estar contemplada nos programas governamentais, desde a sua origem, não resultavam em intervenções efetivas nos problemas de saúde / doença desses grupos populacionais.

As mudanças econômicas e sociais registradas a partir dos anos 70 e que atingiram as mulheres, principalmente no que diz respeito às relações sociais e trabalhistas, passaram a exigir também um novo enfoque das políticas públicas de saúde direcionadas a esta população, já que o enfoque limitado ao ciclo gravídico-puerperal já não atendia as necessidades das mulheres.

Para conhecer a história da saúde da mulher no Brasil é preciso uma revisão da história da saúde no país. O movimento de reforma sanitária, por exemplo, precisa ser lembrado, pois trata-se de uma iniciativa dos anos 1970, que propôs um novo modelo de saúde considerando que fatores e determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais interferiam no tratamento e no combate a doenças. Além disso, entendia-se que os investimentos em educação, meio ambiente, previdência, habitação, nutrição, lazer e transporte, contribuía para a garantia de uma melhor qualidade de vida da população. A saúde passa deste modo a ter um cunho universal, ou seja, não só aqueles que contribuía para a previdência teriam acesso aos serviços prestados pelo governo, mas todos os cidadãos (VIANA & CASTRO, 1993). O conceito de saúde (de um modo geral, incluindo também a saúde da mulher) passa também a ser visto de forma abrangente e de forma contextualizada às próprias dimensões da vida social.

O Estado com isso age como gestor – planejando e avaliando as ações de saúde, e ainda como financiador das políticas – fornecendo as verbas utilizadas nas ações. Ele interpreta a saúde como primária, desenvolvendo programas com perspectivas de amenização da pobreza, controle social do sistema, descentralização da saúde, redefinição de relações entre setor público e privado.

A partir da década de 1980, percebeu-se um fortalecimento das ideias da reforma sanitária quando são implantados vários programas que se constituem em estratégias de mudanças do Sistema Nacional de Saúde, como o *previ – saúde*, com objetivo de universalizar os cuidados primários e o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) que tinha como principais objetivos e diretrizes, “a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários; instauração de instituições gestoras colegiadas e participativas”(MENDES, 1991, p. 67).

Nesse período, o movimento sanitário já tinha conseguido enviar para o Poder Público o documento intitulado “Saúde e Democracia”, que subsidiou e contribuiu para aprovação, no Legislativo, da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 / Lei do SUS, que dispõe sobre as condições

para a organização e funcionamento dos serviços de saúde no Brasil, influenciou no atendimento à saúde dispensado à mulher brasileira.

Apesar da década de 1980 ser considerada pelos autores como “perdida”¹, por conta das sucessivas crises econômicas, fiscais e políticas e, embora o Estado não tenha repassado verbas suficientes e em valores adequados para atender às novas demandas e aos que necessitavam do sistema público de saúde, o que contribuiu para um crescimento do subsistema privado de saúde, essa política se regulamentou de forma universal e enquanto direito para todos os cidadãos brasileiros, por meio da aprovação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, documento que se tornou importante instrumento para a garantia do acesso de todos os cidadãos, e em especial da mulher e das crianças, à saúde pública gratuita no Brasil.

Com a aprovação da Carta Magna brasileira, em 1988, é promulgada a criação de um Sistema Único de Saúde, voltado para garantir o acesso universal e igualitário desse direito a todos os cidadãos. Nesse sentido, a década caracterizada como “perdida” apesar das “perdas” econômicas, trouxe avanços significativos em termos de direitos para a população.

Com base no artigo 198 da Constituição Federal Brasileira de 1988, foram estabelecidos os princípios da universalidade, descentralidade, a integração de uma rede regionalizada e hierarquizada dos serviços, “a priorização de atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais”, bem como importância da participação popular que iriam, a partir de então, direcionar o atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS, no Brasil. Ressalta-se ainda que esse sistema teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde aprovada em 1990.

Esses princípios passaram a garantir a todos os brasileiros, desde o nascimento, o direito aos serviços de saúde gratuitos prestados pelo SUS através de postos de saúde, ambulatórios, hospitais, laboratórios, dentre outros. O direito dos cidadãos a consultas, exames, internações e todos os tratamentos deveriam então ser financiados com recursos arrecadados por meio de impostos e contribuições pagas pela população.

O acesso às estratégias e às medidas de enfrentamento das doenças deixa de ser, ao longo da história, privilégio daqueles que contribuem e passam a ser direito de todos e sem

¹ Nos anos de 1980 a 1990, de acordo com Mendes (1991), o que vai concretizar as políticas de saúde, nesse período, é o seu desenvolvimento no contexto de uma grande crise econômica e sua coincidência com o processo de redemocratização do país. Nessa década, o Estado fragilizado com a dívida externa e grande desigualdade social, abre espaço para as propostas neoliberais que conduzem a um estado mínimo.

nenhuma condicionalidade para o seu usufruto, o que vai beneficiar as mulheres que necessitam de assistência à saúde.

Com relação à saúde da mulher, Osis (1998) destacou que a maior conquista alcançada até hoje surgiu em 1984 quando o Ministério da Saúde, levando em consideração o direito constitucional de saúde do cidadão brasileiro, colocou em funcionamento o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), visando à extensão das ações básicas em saúde da mulher e incluindo, entre outras, atividades preventivas e de diagnóstico do câncer do colo do útero e do câncer de mama.

Viana & Castro (1993) afirmaram que teoricamente o PAISM foi organizado para antecipar os problemas de saúde da mulher e/ou tentar solucioná-los o quanto antes. Percebe-se com isso, um avanço em termos de efetivação das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil. O PAISM, segundo Osis (1998) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. Um programa pioneiro ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. A partir do PAISM, o controle da fertilidade passou a ser o ponto politicamente estratégico do programa, e pela primeira vez, na história da saúde da mulher brasileira passou a ser parte de uma atenção integral de responsabilidade do sistema de políticas públicas de saúde, uma vez que, até então, a contracepção e as esterilizações eram feitas principalmente pela Sociedade Civil Bem estar Familiar no Brasil (BEMFAM), uma organização não-governamental.

Osis (1998) esclarece que o conteúdo do PAISM incluiu plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde, em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995. Para essa autora, a adoção do PAISM representou um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta.

Alves et al (1996) destacaram que o maior benefício do PAISM para a saúde da mulher brasileira consistiu no enfoque dado a tal promoção, que corresponde a um conceito positivo e multidimensional que se preocupa com a saúde de forma ampla, focalizando a tendência de favorecer a constituição de uma população saudável, especialmente incentivando a melhoria do estilo e qualidade de vida das mulheres.

Para atingir a proposta de atenção integral, a todas as mulheres, desde a menina até a idosa, O PAISM direcionou atenção para todas as necessidades da população feminina nas diferentes fases da vida (COELHO e MOTTA, 2005).

No entanto, de acordo com Giffins (1991), não se pode esquecer que, tanto no Brasil como no resto do mundo, historicamente a atenção à saúde da mulher foi reduzida, em grande parte, aos parâmetros da atenção materno-infantil e, mesmo assim, frequentemente encontrava-se relegada à segundo plano. Opinião que é compartilhada por Coelho (2003, p. 39) quando afirma que, ainda hoje, apesar das mudanças que ocorreram ao longo dos tempos “a saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso, estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero”.

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica e se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. As desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras (MENDONÇA, 2002).

A análise de gênero, como bem explica Casas (1998) reconhece o impacto específico dos problemas de saúde sobre homens e mulheres e procura entender de que maneira, pelas relações e pela ideologia de gênero vigentes, são diferentes as experiências/percepções/necessidades/papéis de homens e mulheres com respeito à saúde e o seu acesso aos recursos e benefícios da mesma e ainda, como as instituições, estatais ou privadas, encarregadas dos serviços de saúde, encaram o processo de reforçar ou questionar os papéis atribuídos socialmente a homens e mulheres.

Homens e mulheres são diferentes e estão sujeitos a problemas de saúde próprios de sua especificidade sexual, mas também sofrem influência das relações de gênero que estabelecem na sociedade. Assim, faz-se necessário promover a assistência integral à saúde sexual e reprodutiva das mulheres dentro da perspectiva de gênero e direitos reprodutivos.

No caso das mulheres, muitas vezes, a definição da sua identidade como ‘ser para os outros’ acarreta consequências específicas na sua saúde.

A divisão sexual do trabalho na sociedade prescreve responsabilidades diferentes a homens e mulheres, baseadas numa visão dos papéis que os dois grupos devem desempenhar e dos deveres e direitos que lhes correspondem. As tarefas relacionadas com a gravidez e a lactação somadas às tarefas diárias estabelecem uma repartição desigual do trabalho entre homens e mulheres, sobrecarregando a saúde destas.

Mas, a divisão sexual do trabalho é só uma expressão da definição da identidade feminina e masculina na sociedade e das relações de poder que daí

surgem, que são visíveis em todos os aspectos da vida de homens e mulheres e têm consequências no seu estado de saúde geral e saúde reprodutiva (GODINHO e MAMERI, 2002, p. 2).

Como bem definiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2007)

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte.

Partindo desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2007).

Sendo assim, a saúde da mulher deve envolver uma atenção integral, a partir de serviços ginecológicos, visando oferecer um atendimento clínico multidisciplinar, principalmente para prevenir doenças prevalentes no gênero feminino, como é o caso do câncer de colo do útero, um dos mais prevalentes entre as mulheres em idade fértil.

4.2 Prevenção do câncer de Colo de Útero

O câncer do colo do útero, de acordo com Derossi (2001), constitui-se na terceira causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, com 3.300 óbitos estimados anualmente. Em São Paulo, perfaz 5,9% dos óbitos femininos por câncer; se forem somadas as mortes atribuídas a todos os cânceres do útero, chega-se a 1.233 óbitos (10,2% do total).

Conforme World Health Organization (WHO) (1988), o câncer do colo do útero inicia-se a partir de uma lesão pré-invasiva, curável em até 100% dos casos (anormalidades epiteliais conhecidas como displasia e carcinoma *in situ* ou diferentes graus de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), que normalmente progride lentamente, por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, quando não impossível.

A maioria das mulheres não apresenta qualquer sinal ou sintoma na fase de displasia ou no câncer de colo inicial. Os sintomas aparecem quando o câncer invade outros tecidos ou órgãos. O diagnóstico precoce, a partir de exame ginecológico regular é a melhor forma de prevenção deste que é considerado um dos maiores problemas de saúde do século XX e com previsões para aumento no século XXI. Toda mulher sexualmente ativa deve realizar os

exames preventivos de acordo com o calendário estabelecido pelo seu médico (a cada 1 a 3 anos), como esclarece Focchi (1993)

Se o médico percebe alterações no colo de útero durante o exame ginecológico e no Papanicolau, ele pode tratar como infecção e depois repetir mais uma vez o exame após o tratamento.

De acordo com Focchi (1993, p. 32)

o câncer de colo de útero se inicia no colo uterino da mulher, que é a parte do útero que fica no fundo da vagina. Este tipo de câncer costuma apresentar crescimento lento. Durante vários anos, células da superfície do colo do útero se tornam anormais. No início, estas anormalidades ainda não se caracterizam como um câncer e são denominadas displasias. Porém algumas dessas alterações ou displasias podem dar início a uma série de alterações que podem levar ao aparecimento do câncer de colo de útero.

Algumas displasias se curam espontaneamente, sem tratamento, mas sendo algumas pré-cancerosas, todas necessitam de atenção para evitar o aparecimento do câncer. Geralmente o tecido displásico pode ser retirado ou destruído sem atingir tecidos saudáveis, mas em alguns casos, a histerectomia (retirada total do útero) pode ser necessária.

Gustafsson et al (2001) destacaram que a realização do exame citopatológico de Papanicolau tem sido reconhecido mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina e tem modificado efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por este câncer.

Este autor esclarece ainda que

a efetividade da detecção precoce do câncer do colo do útero por meio do exame de Papanicolau, associada ao tratamento deste câncer em seus estádios iniciais, tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer cervical invasor que pode chegar a 90%, quando o rastreamento apresenta boa cobertura (80%, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS) e é realizado dentro dos padrões de qualidade. (Gustafsson et al, 2001, p. 32)

Desde 1988 que o Ministério da Saúde definiu que, no Brasil, o exame colpocitopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, ou que já tenham tido atividade sexual mesmo antes desta faixa de idade, uma vez por ano e, após 2 exames anuais consecutivos negativos, a cada 3 anos. Tal recomendação apoia-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, que permite a detecção precoce de

lesões pré-neoplásicas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave. (Brasil, 2001)

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (Brasil, 2001), estudos quantitativos têm demonstrado que, nas mulheres entre 35 e 64 anos, depois de um exame citopatológico do colo do útero negativo, um exame subsequente pode ser realizado a cada 3 anos, com a mesma eficácia da realização anual.

De acordo ainda com a Organização Mundial de Saúde – OMS (BRASIL, 2001), a expectativa de redução percentual no risco cumulativo de desenvolver câncer, após um resultado negativo, é praticamente a mesma, quando o exame é realizado anualmente (redução de 93% do risco) ou quando ele é realizado a cada 3 anos (redução de 91% do risco). Verifica-se ainda que, mesmo se realizado a cada 10 anos, o rastreamento reduz a incidência de carcinoma cervical em pelo menos 2/3, o que apoia a recomendação da OMS de que países que precisam implementar o controle do câncer do colo do útero a curto prazo, o exame citopatológico se realize apenas uma vez, nas mulheres entre 35 e 40 anos de idade.

A realização periódica do exame, conhecido como exame de Papanicolau, na população de risco que é constituída pelas mulheres de 25 a 60 anos de idade, ou que já tenham tido atividade sexual mesmo antes desta faixa de idade, permite reduzir em até 70% os casos de mortalidade de mulheres com este tipo de câncer.

Loreto (1993), ao fazer referência ao histórico do exame de prevenção do câncer do Colo do Útero, esclarece que este tipo de exame foi adotado a partir de estudos das células encontradas no fluido vaginal de animais e humanos.

De acordo com Loreto (1993), em 1928 duas publicações foram apresentadas por Papanicolau sobre a citologia diagnóstica do trato reprodutivo feminino, mas apesar de seus estudos prévios, somente no ano de 1929 este pesquisador resolveu explorar a possibilidade de aplicar a técnica citológica a um diagnóstico de câncer.

Trabalhando no Departamento de Anatomia da Universidade de Cornell, Papanicolau possuía como professor associado de obstetrícia e ginecologia o Dr. Herbert F. Traut, que possuía ampla experiência em fisiologia e patologia ginecológica e tinha excelente acesso ao material do “new York Hospital”. Associando-se ao Dr. Herbert, Papanicolau publicou em 1943 um estudo intitulado “Diagnosis of Uterine Cancer by Vaginal Smear” que se tornou o marco na história da citopatologia ginecológica. (Loreto, 1993)

No entanto, Loreto (1993) registra que apesar da importância desse estudo, Papanicolau encontrou sérias barreiras advindas das resistências ao seu trabalho,

principalmente de anatomo-patologistas que não admitiam que se fizesse um diagnóstico de doença maligna com base unicamente no estudo morfológico das células. Somente após algum tempo é que o exame citológico passou a ser aceito e respeitado pelos ginecologistas e anátomo-patologistas de renome, sendo reconhecido nos últimos quarenta anos, nos Estados Unidos, como responsável pela redução da taxa de mortalidade de mulheres de mais de 70% dos casos de carcinoma escamocelular do colo do útero.

No Brasil, há algumas décadas o exame de Papanicolau foi incorporado a rotina dos exames ginecológicos para detecção de lesões precursoras do câncer do colo do útero, com eficácia comprovada, o que não evitou que o mesmo sofresse críticas devido ao volume de recursos financeiros envolvidos nos programas de prevenção. No entanto, o Ministério da Saúde continua desenvolvendo programas que contemplem um conjunto de ações voltadas à prevenção, controle do câncer do colo do útero e de assistência à população alvo resultando na redução considerável da mortalidade de mulheres por câncer uterino no país. (Loreto, 1993)

O exame de Papanicolau, conforme Loreto (1993), apresenta inúmeras vantagens, dentre elas o fato de ser indolor, de baixo custo e eficaz. A coleta de material para realização do exame pode ser feita por profissionais da área de saúde facilitando bastante este trabalho e proporcionando a possibilidade de um atendimento de forma mais abrangente, podendo ser feito por enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem desde que estes sejam treinados adequadamente para a realização do mesmo.

A outra vantagem do exame Papanicolau, destacada por Loreto (1993) é o fato de que para realização do mesmo não há necessidade de uma infra estrutura sofisticada, fato que também contribui para o atendimento em larga escala, facilitando o atendimento à população de baixa renda, uma vez que pode ser realizado em postos de saúde, e em casos extremos, durante a visita da equipe do Programa Saúde da Família.

No Brasil, onde a taxa de mortalidade por câncer do colo do útero, conforme o Ministério da Saúde, vem apresentando crescimento contínuo desde 1979, de 23% em 10 anos, os papéis do poder público foram bem definidos, competindo a ele as ações de combate ao câncer do colo do útero, visto que, quanto mais precoce for a intervenção, maior a chance de sobrevivência da mulher e menor o custo do tratamento. (Brasil, 2001)

5 METODOLOGIA

O método proposto foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), visando à resolução da situação-problema identificada no contexto da área de abrangência da equipe do Programa Saúde da Família, e definido por Tancredi, Barrios e Ferreira (1998) como adequado para a execução dos programas de assistência à saúde.

O método proposto foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), visando à resolução da situação-problema identificada no contexto da área de abrangência da equipe do Programa Saúde da Família. Relacionando a situação-problema com a realidade ampla da eliminação ou diminuição do número de mulheres que deixam de realizar o exame de PCCU, a primeira atividade foi o estudo dos dados expostos em relatório construído pela Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município, para verificar o número de mulheres que realizaram o exame de PCCU e que foram pela unidade de saúde da equipe do PSF Loteamento – Unidade de Saúde Ary durante os três primeiros meses de 2013. Uma entrevista com as mulheres da área pesquisada possibilitou conhecer a razão para a baixa adesão ao exame de PCCU. Posteriormente houve a compilação desses dados e a elaboração do plano operativo.

Assim, o PES seguiu os quatro momentos definidos por Savassi e Dias (2007, p. 13):

MOMENTO EXPLICATIVO: Conhecer a situação atual. Procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas, com a existência de outros atores.

MOMENTO NORMATIVO: Formulação de soluções para enfrentamento do problema, elaboração de Propostas de Solução.

MOMENTO ESTRATÉGICO: Construir viabilidade para as propostas de soluções, formulação de estratégias.

MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL: Execução do plano. Modelo de gestão, acompanhamento e avaliação do plano.

A implementação do PES, consistiu de um trabalho multidisciplinar, envolvendo todos os profissionais da ESF Loteamento de Pompéu – MG, assim como a comunidade e contou com o apoio das Secretarias de Saúde do município.

6 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Objetivos	Ações/Estratégias	Responsável/Equipe/Atores sociais/	Metas/ Resultados/ Produtos esperados	Data/Período
<p>MOMENTO EXPLICATIVO:</p> <p>- Desenvolve estudo diagnóstico analítico sobre dados do relatório da Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município de Pompéu – MG, para conhecer a incidência de câncer de Colo de Útero na população local, assim como o índice de adesão ao exame de PCCU, durante os três primeiros meses de 2013.</p> <p>-Conhecer as causas da baixa adesão das mulheres ao exame de PCCU.</p>	<p>- Organizar reuniões de trabalho;</p> <p>- Organizar grupos de estudos para diagnóstico analítico sobre dados do relatório da Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município de Pompéu -MG;</p> <p>- Compilar e analisar de dados para elaboração de relatórios.</p> <p>- Entrevistar as mulheres da área de abrangência do PSF Loteamento – Unidade de Saúde Ary em Pompéu - MG</p>	<p>Enfermeira Renata; Enfermeiro Robson; equipe do PSF do bairro Loteamento; agentes comunitários de saúde; integrantes da Secretaria de Saúde; comunidade do município de Pompéu -MG.</p>	<p>Relatório contendo registro de informações e dados sobre a incidência de câncer de colo de útero na população da área de abrangência da equipe do PSF do bairro Loteamento – Unidade de Saúde Ary em Pompéu –MG, assim como as causas da baixa adesão ao exame de PCCU.</p>	<p>Junho a dezembro/2013</p>
<p>MOMENTO NORMATIVO:</p> <p>-Elaborar e implementar plano operativo com vistas à prevenção do câncer de colo de útero e aumento da adesão das mulheres da área de abrangência do PSF do bairro Loteamento – Unidade de Saúde Ary em Pompéu – MG, ao exame de</p>	<p>Organizar reuniões de trabalho para elaboração e apresentação de plano operativo para o enfrentamento da situação problema apresentada na área de abrangência do PSF Loteamento – Unidade de Saúde Ary em Pompéu -MG.</p>	<p>Enfermeira Renata; Enfermeiro Robson; equipe do PSF do bairro Loteamento; agentes comunitários de saúde; integrantes da Secretaria de Saúde; comunidade do município de Pompéu - MG.</p>	<p>- Elaboração do plano operativo para o enfrentamento da situação problema apresentada na área de abrangência do PSF Loteamento – Unidade de Saúde Ary em Pompéu - MG.;</p> <p>- Apresentação do plano operativo às equipes de saúde, Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Apresentação do plano operativo: setembro/2013; início das atividades: Dezembro/2013.</p>

PCCU.			e população da área de abrangência do PSF Loteamento – Unidade de Saúde Ary em Pompéu - MG.	
<p>MOMENTO ESTRATÉGICO:</p> <p>-Organizar e executar ações educativas a partir da realização de reuniões na modalidade roda de conversa para discutir experiências vivenciadas no âmbito das áreas de abrangência das equipes de Saúde da Família Loteamento – Unidade de Saúde Ary, do município de Pompéu - MG, durante a elaboração do relatório da Coordenação da Vigilância Epidemiológica e na implementação do plano operativo, visando maior adesão das mulheres ao exame de PCCU.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar os agentes comunitário de saúde; - Realizar reuniões com setores envolvidos e comunidade; - Realizar campanhas educativas em parceria com as escolas e empresas do município de Pompéu -MG; - Divulgar campanhas educativas na estação de rádio local; 	<p>Enfermeira Renata; Enfermeiro Robson; equipe do PSF do bairro Loteamento; agentes comunitários de saúde; integrantes da Secretaria de Saúde e de educação; representantes das instituições educacionais e comunidade do município de Pompéu - MG.</p>	<p>Aumento do nível de informação da população e demais setores envolvidos sobre as medidas de prevenção e controle do câncer de colo de útero.</p>	<p>Novembro/2013</p>
<p>MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL:</p> <p>-Organizar e desenvolver, de forma colaborativa entre equipe multidisciplinar do PSF Loteamento – Unidade de Saúde Ary em Pompéu - MG, atividades educativas com o objetivo de proporcionar à população conhecimento sobre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar campanha educativa sobre a importância das mulheres realizarem o exame de PCCU; - Implementar a substituição do enfermeiro do sexo masculino por um do sexo feminino, uma vez por semana, somente para a coleta de material; - Realizar ações que visem estabelecer relações de 	<p>Enfermeira Renata; Enfermeiro Robson; equipe do PSF do bairro Loteamento; agentes comunitários de saúde; integrantes da Secretaria de Saúde e de educação; representantes das instituições educacionais e comunidade do município de Pompéu - MG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento do nível de informação e de adesão das mulheres ao exame de PCCU; - Aumentar para 100% o número de mulheres da área de abrangência do PSF Loteamento – Unidade de Saúde Ary de Pompéu – MG ao exame de PCCU; <p>Estabelecimento de relações de cooperatividade e intercâmbio</p>	<p>Início: Dezembro/2013</p>

<p>meios para a prevenção do câncer de colo de útero, bem como propor estratégias que visem facilitar o acesso a ações de atenção e manutenção da saúde;</p> <p>-Organizar e desenvolver atividades de reconhecimento e valorização dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no trabalho de prevenção do câncer de colo de útero de educação para a saúde, bem como sobre a importância do trabalho colaborativo e a participação da população assistida.</p>	<p>cooperatividade e intercâmbio de informações entre equipes de Saúde da Família, setores envolvidos e população do município de Pompéu -MG para o combate e prevenção do câncer de colo do útero na população do município.</p>		<p>de informações entre membros da equipe de Saúde da Família do PSF Loteamento – Unidade de Saúde Ary, setores envolvidos e população do município de Pompéu para o combate e prevenção do câncer de colo de útero população do município.</p>	
--	---	--	---	--

Fonte: Programa Saúde da Família do Bairro Loteamento – Unidade de Saúde Ary – Pompéu - MG

Embora ainda esteja em implementação, os resultados alcançados com as ações do PES, até o momento, são apresentados no capítulo a seguir.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O PES, na visão de Cechinel e Caminha (2012) consiste em uma ferramenta de gestão adequada ao planejamento em saúde, fundamentalmente ético-política, comunicativa, não se restringindo à dimensão técnica. Neste sentido, à medida que se apresentam múltiplas variáveis do processo saúde-doença, o desafio que se coloca para a implementação do PES, certamente são as práticas inter e multidisciplinares, uma vez que somente dessa forma será possível ampliar o olhar para a elaboração de metas e objetivos de acordo com as necessidades da saúde da população. Assim, foi elaborado e teve início a implementação do PES, na área de abrangência da equipe do Programa Saúde da Família do bairro Loteamento – Unidade de Saúde Ary em Pompéu - MG.

Retomando o que foi abordado no PES, vale ressaltar que para a construção do trabalho num enfoque multidisciplinar, foi necessário investir numa reflexão de toda a equipe da ESF para que os profissionais entendessem que suas especificidades nem sempre darão conta da complexidade que envolve o processo saúde/doença. Sendo assim, foi necessário tomar consciência da necessidade de abrir caminho para o diálogo, adotando como eixo central para um trabalho coletivo, concebendo uma forma de atuação multidisciplinar.

Neste contexto os resultados do estudo diagnóstico analítico realizado no município de Pompéu -MG, demonstraram um índice muito alto de mulheres na área de abrangência das equipes do PSF do bairro Loteamento – Unidade de Saúde Ary, que não realizavam o exame de PCCU, o que ocorria devido, principalmente, ao fato do atendimento ser realizado por um profissional enfermeiro do sexo masculino, resultado que requeria decisões e ações imediatas.

Neste contexto e visando resolver o problema em questão, foram então realizadas reuniões com os membros da equipe de saúde para reforçar a importância da notificação de todos os casos de câncer de útero assim como das mulheres que não estavam realizando o exame de PCCU, como forma de assegurar que as medidas de controle fossem adotadas com prontidão e efetividade. Na oportunidade, foi realizada uma exposição e avaliação dos dados levantados até aquele momento.

Na implementação do PES, ficou firmada como ações práticas a substituição do profissional por uma do sexo feminino uma vez por semana, somente para a coleta de material.

As ações educativas constituíram-se em outra intervenção proposta; levando em consideração as observações de Mendonça et al (2011) de que a adesão nos programas de prevenção do câncer de colo de útero pode ser melhorada quando as mulheres se consideram em risco para o câncer cervical e quando entendem o curso da infecção pelo HPV e o processo de prevenção do câncer cervical. Além disso, a educação da população pelo acesso às informações é um dos melhores caminhos para o enfrentamento de qualquer problema na área de saúde, principalmente quando se trata da prevenção.

Assim, a ação educativa foi executada a partir de parceira com as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, assim como de empresários e comerciantes que residem no território, quando foram elaborados cartazes para divulgação visando conscientizar as mulheres sobre a importância de realização anual do exame de PCCU. A rádio local também foi contatada para dar ênfase a importância do exame de PCCU como forma de prevenção do câncer de colo de útero.

De acordo com Oliveira, Ferraz e Eller (2009, p. 43)

A redução da incidência das diarreias agudas é tarefa multissetorial, envolvendo educação, saúde, saneamento básico, serviço social e a esfera administrativa do país. A conscientização e a participação ativa de cada setor são a chave para o sucesso das intervenções

Desta forma, o programa de prevenção do câncer de colo de útero, a partir da maior adesão das mulheres ao exame de PCCU teve início com o desenvolvimento de ações educativas de forma contínua, fornecendo às mulheres informações sobre as medidas de prevenção, controle, tratamento e fatores de risco associados ao câncer de colo de útero e com a substituição do profissional enfermeiro do sexo masculino por um do sexo feminino. Os resultados dessas ações, ainda que de forma acanhada, visto que o ainda estão em implementação, são apresentados e discutidos a seguir.

7.1 Ações educativas visando a prevenção do câncer de colo de útero

A equipe do PSF iniciou o desenvolvimento, junto à população, de ações educativas de forma contínua, fornecendo às famílias informações sobre as formas de prevenção, controle e fatores de risco associados ao câncer de colo de útero.

Didaticamente, esse processo teve início com as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, já que são os representantes mais próximos do elo entre os usuários do sistema de saúde e o próprio serviço de saúde.

De acordo com a Portaria 2.488 do Ministério da Saúde (Brasil, 2011), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve realizar, no mínimo, uma visita por família da área de abrangência ao mês, sendo que, quando necessário, estas podem ser repetidas de acordo com as situações determinantes de cada realidade. Dentro de suas atribuições, relacionadas ao seu nível de conhecimento, estão aquelas que se destinam à informação do processo de saúde com ênfase em medidas preventivas e detecção de alterações que requerem avaliação da equipe multiprofissional.

Nesta perspectiva, os ACS ficaram incumbidos de prestar esclarecimentos às mulheres da área de abrangência do PSF Bairro Loteamento – Unidade de Saúde Ary quanto a importância de realização do exame de PCCU. A população recebeu ainda orientações sobre como ter acesso ao exame, assim como sobre o dia e horários que poderiam realizar o exame com uma profissional enfermeira do sexo feminino.

Ainda não há dados sistemáticos que comprovem a efetividade das informações e orientações prestadas pela equipe de Saúde da família na área de abrangência do Programa Saúde da Família do Bairro Loteamento – Unidade de Saúde Ary de Pompéu - MG, mas baseada em resultados de outros estudos realizados com o mesmo objeto, espera-se que as ações de caráter informativo e educativo resultem em maior adesão, das mulheres do território em questão, ao exame de PCCU e que estas passem a adotar muitas das orientações que receberam durante a implementação do PES.

7.2 Avaliação dos resultados

A execução das ações de um PES depende da participação de todos os envolvidos. Neste contexto, a avaliação das ações do Plano Operativo de Atenção à saúde é uma forma de estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento dos serviços disponibilizados para a população e de verificar o grau de qualidade da implementação das mesmas, bem como o nível de participação de todos os envolvidos.

Assim, seguindo as orientações de Cechinel e Caminha (2012), as avaliações das ações do PES, visando aumentar a adesão das mulheres da área de abrangência da equipe do Programa Saúde da Família do bairro Loteamento – Unidade de Saúde Ary em Pompéu -MG, ao exame de PCCU serão realizadas mensalmente com a participação

de todos os envolvidos, quando, então, serão apresentados e discutidos os resultados alcançados e será verificada a viabilidade das ações propostas, quando também serão decididas pela continuação das mesmas ou por mudanças no enfoque.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso assumimos o desafio de desenvolver estudo diagnóstico analítico sobre dados do relatório da Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município de Pompéu - MG, para conhecimento sobre os índices de adesão das mulheres da área de abrangência do PSF bairro Loteamento – Unidade de Saúde Ary de Pompéu – MG ao exame de PCCU.

As entrevistas, por sua vez, foram fundamentais para conhecimento dos fatores que desfavoreciam esta adesão das mulheres, da área pesquisada, ao exame de PCCU durante os três primeiros meses de 2013.

Os dados demonstraram que o fato do exame ser realizado por um profissional enfermeiro do sexo masculino, associado a falta de conscientização da população sobre a importância da realização anual do mesmo eram os fatores principais que interferiam na meta traçada pelo PSF em questão de realizar o referido exame em 100% das mulheres da sua área de abrangência. Com base nestes dados, foi elaborado e iniciou-se a implementação de um plano operativo com vistas à prevenção do câncer de colo de útero, o que implicava em maior adesão das mulheres ao exame PCCU.

Com base nos resultados do diagnóstico, teve início uma campanha educativa direcionada às mulheres, visando a prevenção do câncer de colo do útero, uma vez que uma das mais importantes funções da equipe da saúde da família é manter a população informada sobre o processo de saúde com ênfase em medidas preventivas e detecção de alterações que requerem avaliação da equipe multiprofissional.

O aumento do número de mulheres que realizaram o exame de PCCU na área de atuação da equipe do PSF do bairro Loteamento – Unidade de Saúde Ary, ainda não pode ser quantificado, mas o desafio colocado é de aumento neste índice.

Considerando que um Planejamento Estratégico Situacional em Saúde requer uma avaliação periódica, assim como ações contínuas, os Agentes Comunitários de Saúde deverão continuar as visitas domiciliares, mantendo a população informada sobre a importância do exame de PCCU e para certificarem se as medidas foram resolutivas deverão questionar às mulheres o que acharam das ações adotadas, pois só assim teremos condições de avaliar se devemos continuar com as ações propostas, em especial com a substituição semanal do profissional enfermeiro do sexo masculino por um do sexo feminino ou se devemos rever o PES proposto.

REFERÊNCIAS

ALVES, Elioenai D.; ARRATIA, Alejandrina; SILVA, Denise M. G. Perspectiva Histórica e Conceitual da Promoção da Saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba (PR), v. 1, n. 2, p. 2-7, jul/dez, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Controle do Câncer do Colo Uterino: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2001. 30 p.

CECHINEL, Caroline; CAMINHA, Maria Eduarda Pereira. Planejamento estratégico situacional na Estratégia de Saúde da Família: vivência teórico-prática. **Anais... III Congr Sul-BrasMedFam Comunidade**. Florianópolis – SC: 22-28.abr.2012. Disponível em: <<http://www.cmfc.org.br/sul/article/view/126>>. Acesso em: 27 jan. 2014.

COELHO, D.F; MOTTA, M.G.C. **A compreensão do mundo vivido pelas gestantes portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV)**. Revista Gaúcha de Enfermagem, n. 26, v.1, p. 31-41, 2005.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

DEROSSI, Susanne Andrade et al. **Evolução da mortalidade e Anos Potenciais de Vida Perdidos por Câncer Cérvico-Uterino em Salvador (BA)**. Revista Brasileira de Cancerologia. p. 163-170, abril a junho de 2001.

FOCCHI, J. **Câncer do Colo Uterino: Rastreamento, Detecção e Diagnóstico Prévio**. In: HAIBE H W. Tratado de Ginecologia. São Paulo: Roca, 1993.

GIFFIN, Karen Mary. **Mulher e saúde**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: abr.-jun, n. 7, v. 2, p.133-134, 1991.

GODINHO, Rute Eduviges; MAMERI, Cecília Polidoro. **De que morrem as mulheres brasileiras**. Disponível em http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_SAU_ST35_Godinho_texto.pdf. [postado em 2002] Acesso em 15.abr.2014.

GUSTAFSSON, L et al. International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. **Cancer Causes Control** 8(5):755-763, 1997. In:

[Viva Mulher – Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero](#), Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer – INCA, 2001.

IBGE. **Cidades.** 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314085&search=minas-gerais|matias-cardoso>>. Acesso em: 15 maio 2013.

MARQUES, J; MIRANDA, M.G.O.; BOSCO FILHO, J.A. **A mulher e o serviço público de prevenção do câncer cervico-uterino e de mama.** [S.L.: s.n.], 2005.

MENDES, E.V. As Políticas de Saúde no Brasil no Anos 80: **A Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal.** São Paulo: Hucitec, 1991.

MENDONÇA, Eliana Azevedo Pereira de. **Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2002.

MENDONÇA, F. A. C. et al. Prevenção Do Câncer De Colo Uterino: Adesão De Enfermeiros E Usuárias Da Atenção Primária. **Rev Rene**, Fortaleza, abr/jun; n.12, v.2, p. 261-70, 2011.

OSIS, Maria José M. Duarte. **PAISM:** um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 14, v. 1, p. 25-32, 1998.

SAVASSI, Leonardo C. M.; DIAS, Ruth Borges. **Planejamento de ações na equipe.** Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf2007/gesfplanejamentodeacoes.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Programa Saúde da Família Nossa Senhora da Glória.** Matias Cardoso, MG: SMS, 2013.

VIANA, A., CASTRO, M.H.G. **Brasil:** a reforma do sistema de saúde. Santiago do Chile: Cepal. 1993. 83p. (Série Reformas de Política Pública)

VILLELA W. V, MONTEIRO, S. **Atenção à saúde das mulheres:** historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (org.) *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão.* São Paulo: Arbeit; 2005. p. 15-31

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cytological screening in the control of cervical cancer:** technical guidelines. Geneva, 1988.