

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

**IRIS MARIA PENA PEREZ**

**BAIXA ADESÃO AO EXAME  
CITOPATOLÓGICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
CARAPINA II EM GOVERNADOR VALADARES- MINAS GERAIS**

**GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS  
2015**

**IRIS MARIA PENA PEREZ**

**BAIXA ADESÃO AO EXAME  
CITOPATOLÓGICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
CARAPINA II EM GOVERNADOR VALADARES- MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS  
2015**

**IRIS MARIA PENA PEREZ**

**BAIXA ADESÃO AO EXAME  
CITOPATOLÓGICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
CARAPINA II EM GOVERNADOR VALADARES- MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em:15/10/2015

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo dom da vida e da sabedoria.

À Universidade Federal de Minas Gerais, pela oportunidade proporcionada ao ingressar na Especialização em Atenção Básica a Saúde da Família.

À Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete, minha orientadora, por sua orientação e direção em minhas dificuldades. Meu carinho, gratidão e respeito a esta profissional da saúde.

À minha família, em relação a minha ausência, e apoio para poder contribuir a melhorar a saúde do povo brasileiro.

## RESUMO

O câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres e a prevenção dessa doença está baseada no rastreamento da população feminina por meio da detecção precoce de lesões pré-cancerosas, no diagnóstico exato do grau da lesão e no tratamento. O exame de citopatológico do colo de útero é um método de rastreamento sensível, seguro e de baixo custo que torna possível a detecção de lesões precursoras e de formas iniciais da doença. Este trabalho apresenta um projeto de intervenção junto à população feminina da Estratégia Saúde da Família Carapinall, do município Governador Valadares, como objetivo de elaborar ações para aumentar a adesão ao exame cito patológico do colo do útero, bem como sensibilizar os profissionais de saúde quanto à importância da realização do referido exame. A elaboração do projeto se baseou no Planejamento Estratégico Situacional bem como em referenciais teóricos identificados na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados da SciELO, com os descritores: saúde da mulher, câncer do colo do útero e teste de Papanicolau. Também foram usados dados do Ministério da Saúde e do Instituto do Câncer e da Organização Mundial de Saúde. Espera-se com este projeto um aumento significativo no número de exames realizados.

**Palavras-chave:** Teste de Papanicolau. Saúde da mulher. Câncer do colo do útero.

## ABSTRACT

Cervical cancer is the third most common type of cancer among women and the prevention of this disease is based on the tracking of the female population through the early detection of precancerous lesions in the exact diagnostic the degree of injury and in treatment. The examination of cervical Papsmear is a screening method sensitive, safe and low cost that makes possible the detection of precursor lesions and early forms of the disease. This paper presents an intervention project with the female population of the Health Strategy Carapinall Family, the municipality Governador Valadares, aimed to prepare actions to increase adherence to Papsmear of the cervix, as well as sensitize health professionals the importance of holding this examination. The project design was based on the Situational Strategic Planning as well as theoretical frameworks identified in the Virtual Health Library in the SciELO database, with the descriptors: women's health, cervical cancer and Pap test. We also used data from the Ministry of Health and the Cancer Institute and the World Health Organization. It is hoped that this project a significant increase in the number of tests performed.

**Keywords:** Pap Test. Women's health. Cancer of the cervix.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Governador Valadares é um município brasileiro do interior do estado de Minas Gerais. Pertence à microrregião de mesmo nome e à mesorregião do Vale do Rio Doce; localiza-se a nordeste da capital do estado, distando desta cerca de 320 quilômetros. Sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) era de 276.995 habitantes, o que o torna o nono município mais populoso do estado de Minas Gerais e o primeiro de sua mesorregião e microrregião.

Governador Valadares ocupa uma área de 2348,1 km<sup>2</sup>. Desse total, 24,3674 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano. A maior parte de seu território situa-se na margem esquerda do Rio Doce. O município é servido pela Estrada de Ferro Vitória a Minas, da Companhia Vale do Rio Doce e pela rodovia Rio-Bahia (BR-116). Liga-se à capital do estado pela BR-381.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Governador Valadares é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com um valor de 0,772, sendo o 157º maior de todo estado de Minas Gerais; 579º de toda Região Sudeste do Brasil e o 1260º de todo Brasil (IBGE, 2014).

A população de Governador Valadares é predominantemente urbana, tendo apenas 3,94% de pessoas vivendo no campo. Pode-se dizer que essa realidade, também vista no contexto de todo o território brasileiro, é fruto da histórica migração forçosa dos camponeses para os centros urbanos. A cidade de Governador Valadares, em sua conformação, foi marcada por intenso conflito agrário, pois na década de 30 existia na região um grande número de posseiros que foram expulsos do campo, para a extensão da pecuária, usando dos mais diversos artifícios, muitos deles violentos o que os obrigavam a migrar para a cidade (IBGE, 2014).

Atualmente, talvez a migração não seja tão significativa e não aconteça pelos mesmos motivos, mas ainda hoje, pela falta de condições de viver no campo e de trabalhar na terra, de ter acesso à educação e à saúde em seu próprio território, serviços esses que ao serem prestados levam em consideração as especificidades do campo; e também pela pouca preocupação dos governos municipais, estaduais e



federais não só de distribuir a terra, como também de dar condições para nela se viver dignamente, as famílias são obrigadas a deixar o campo.

Em relação aos serviços de saúde, Governador Valadares conta com 10 centros de referência: Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde (CRASE), Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Centro Viva Vida (CVV), Policlínica, Centro de Atenção ao Deficiente (CADEF), Centro de Referência de Doenças Endêmicas e Programas Especiais ( CREDEN-PES), Centro de Referência Especializado em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Referência em Oftalmologia Social (CROS) e o Centro de Convivência.

O município possui 151 estabelecimentos de saúde, sendo 78 deles privados e 73 municipais entre hospitais, pronto-socorro, postos de saúde e serviços odontológicos. A cidade possui 180 leitos para internação em estabelecimentos de saúde. Na cidade, existem dois hospitais especializados (ambos privados) e sete gerais, sendo um público, dois filantrópicos e quatro privados. Governador Valadares conta, ainda, com 152 médicos cirurgiões, 175 clínicos, 73 obstétricos, 146 pediátricos e um de outra especialidade, totalizando 599 profissionais.

No ano de 2006, foram registrados 4.156 de nascidos vivos, sendo que a Taxa Bruta de Natalidade é de 16,0. O município ainda possui outros hospitais particulares, como a Casa de Saúde Maternidade Santa Teresinha, Beneficência Social Bom Samaritano, Instituto do Coração do Leste Mineiro, Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Rio Doce, HEMOMINAS, a Casa de Saúde Nossa Senhora das Graças, o Hospital Samaritano, Hospital Infantil Unimed Criança, Hospital São Lucas, Hospital São Vicente de Paula, dentre outros de relevância regional (IGBE, 2010).

Discorrendo acerca da caracterização do território/área de abrangência, este se localiza sobre as encostas de uma colina que se eleva sobre a planície do Rio Doce, no Alto do Carapina que se desenvolveu a partir de uma polêmica política de expansão territorial, praticada pela prefeitura local no início dos anos cinquenta. A intenção era que a criação de novos bairros e a consequente doação e venda de

lotes a baixo custo, diminuiria a ocupação das áreas livres localizadas na região central da cidade.

A comunidade do Carapina conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar festas típicas como a junina e carnaval – Carapina. A maior parte da população é considerada como classe baixa e existe fração considerável que vive em extrema pobreza, caracterizando-se por ser bastante humilde e acolhedora, com verdadeiro apreço pela unidade de Saúde Carapina II, fruto de anos de luta e associações.

O Bairro Carapina possui luz elétrica, água tratada e serviços de telefonia. É gritante a presença de esgoto a céu aberto. Na região, existem: igrejas, escolas, creches, duas equipes de Estratégia Saúde da Família, uma Unidade Básica de Saúde e muitas mercerarias e padarias. Nas últimas administrações ~~tem havido~~ alguns investimentos públicos na comunidade foram realizados ( escola, centro de saúde, creche, praça etc ). Entretanto, não há melhoras em relação ao saneamento básico, aos altos índices de criminalidade e violência.

Nessa área de abrangência tem-se um total de 3380 pessoas cadastradas que se dividem em seis microáreas. A equipe é formada por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde, cirurgião dentista, Auxiliar de Saúde Bucal, serviços gerais e possui adesão ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), sendo formado por fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, assistente social e educadora física.

No ano de 2013, dados levantados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013) mostram que a unidade possuía 1494 mulheres maiores que 15 anos, idade em que de acordo com os costumes e hábitos da comunidade se inicia vida sexual ativa. A maior parte das usuárias cadastradas na área de abrangência da unidade possuem baixa escolaridade, ocupando atividades relacionadas ao setor terciário da economia municipal. Parte considerável trabalha na informalidade (diaristas, faxineiras, autônomas). Algumas são donas de casa ou aposentadas. O ganho salarial é reduzido, com rendimento inferior a um salário mínimo. Grande parte das mulheres possui multiplicidade de parceiros, praticam sexo sem preservativo, fazem uso de álcool/drogas além de praticarem a visita íntima a presídios. O Ministério da Saúde recomenda que toda mulher que tem ou já teve

atividade sexual deve se submeter a exame preventivo periódico, especialmente dos 25 aos 64 anos de idade (BRASIL, 2013).

Inicialmente, o exame deve ser feito a cada ano. Se dois exames anuais seguidos apresentarem resultado negativo para displasia ou neoplasia, o exame pode passar a ser feito a cada três anos. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Diversas ações são realizadas na ESF Carapina II para o controle do câncer do colo do útero, consistindo em cadastro e identificação do público-alvo à busca ativa e acompanhamento das usuárias em cuidados paliativos.

Retornando ao diagnóstico situacional realizado em agosto de 2012, como uma das atividades do módulo de planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS;FARIA;SANTOS, 2010), os dados do SIAB apresentaram um total de 1.494 mulheres maiores de 15 anos e apenas 221 exames preventivos realizados, o que representa aproximadamente 15% do total de exames. Destaca-se que em 2013, a quantidade de exames continuou em declínio.

A Organização Mundial de Saúde ressalta que a cobertura de, no mínimo, 80% da população-alvo e a garantia de diagnóstico e de tratamento adequado dos casos alterados possibilitam a redução, em média, de 60 a 90% da incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2010).

Com a elaboração do Diagnóstico Situacional e observação ativa foi possível apontar os principais problemas que atingem a população da ESF Carapina II. O diagnóstico possibilitou melhor conhecimento em relação ao ambiente de trabalho e formular estratégias de melhoria para a unidade e população atendida. Os principais problemas identificados foram:

- 1) Esgoto a céu aberto.
- 2) Acúmulo de lixo.
- 3) Grande número de desempregados.
- 4) Gravidez na adolescência.

## 5) Baixo índice de exames cito patológicos

A seleção ou priorização dos problemas que serão enfrentados é muito importante. Dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo por motivos de recursos financeiros, humanos, materiais, dentre outros. Como critérios para seleção dos problemas, a equipe considerou a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-lo. A Unidade optou em realizar um plano de ação para aumentar a adesão das mulheres ao exame preventivo.

Para se ter ideia da dimensão do baixo número de exames preventivos realizados na ESF Carapina II, no ano de 2013, detectou-se que apenas 15% das mulheres maiores de 15 realizaram o exame. Esse dado é extremamente preocupante no que tange às ações que deveriam ser desenvolvidas para se atingir maior número de mulheres e não estão sendo desenvolvidas.

A baixa adesão das mulheres da área de abrangência da ESF Carapina II pode ser explicada por condições culturais da comunidade, busca de outros estabelecimentos de saúde para realizar o exame como, por exemplo, o Centro Viva Vida. Além disso, a Unidade de Saúde não tem priorizado ações sobre a importância da realização do exame preventivo.

Os nós críticos são as causas principais dos problemas selecionados e que necessitam de intervenção com operações eficazes para sua resolução. Para Campos, Farias e Santos (2010), o nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando 'atacado', é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

Assim, elegeram-se como nós críticos para o problema "Baixo índice do número de exames cito patológico" .

- Ausência de capacitação para a equipe da ESF Carapina II.
- Falta de informação às usuárias sobre a importância do exame preventivo.
- Indisponibilidade de horários flexíveis para coleta do exame preventivo.
- Monitoramento e acompanhamento ineficaz.

Diante desse contexto, a equipe de saúde considerou de extrema importância criar e implementar ações que possam aumentar a incidência de mulheres que buscam e realizem o preventivo e se tornem conhecedoras de seu valor para sua vida.

## 2JUSTIFICATIVA

Justifica-se a realização deste projeto de intervenção, pela importância que tem o diagnóstico precoce do câncer do colo de útero. De acordo com o diagnóstico situacional, dados do SIAB e levantamentos de informações em prontuários, confirmou-se a baixa adesão das mulheres de 25 a 64 anos, da ESF Carapina II, ao exame cito patológico de Papanicolau. A equipe decidiu a implantação de um projeto, com vistas à aumentar o número de aderentes ao exame cito patológico.

O câncer de colo do útero tem sido descrito como uma afecção iniciada com transformações intra epiteliais progressivas que podem evoluir para lesão cancerosa invasora, em 10 a 20 anos segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2002). Assim, considera-se neoplasia evitável devido à longa fase pré-invasiva quando suas lesões precursoras podem ser detectadas através do exame cito patológico de Papanicolau (HATCH; FUI, 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde, a alta taxa mortalidade por câncer do colo do útero justifica-se a implantação de estratégias efetivas de controle que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Atingir alta cobertura da população é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Elaborar um projeto de intervenção visando maior adesão de mulheres de 25 a 64 anos ao exame Papanicolau, cadastradas na Estratégia Saúde da Família Carapina II, do município de Governador Valadares-Minas Gerais.

#### **3.2 Específicos**

Identificar os fatores causais envolvidos na baixa adesão ao exame preventivo.

Realizar estratégias para aumentar a baixa adesão ao exame Papanicolau.

Propor intervenções visando ao aumento da adesão ao exame de Papanicolau.

## 4 METODOLOGIA

Diante da realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Carapina II, foi possível destacar os principais problemas pertencentes à área. Após a identificação dos problemas e de acordo com critérios como importância, urgência e capacidade de enfrentamento perante a equipe, foi priorizado o problema: baixo número de exames preventivos do câncer do colo do útero, para a elaboração de plano de ação.

Assim, para realização do plano de ação, buscou-se fundamentação teórica para respaldar as ações propostas, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), de material publicado no período de 1996 a 2013, com os descritores: saúde da mulher, câncer do colo do útero e teste de Papanicolau.

Destaca-se que houve também ampliação da fundamentação teórica a partir da inclusão de referências bibliográficas consideradas pertinentes ao tema e dados do Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer e da Organização Mundial de Saúde. Também foram utilizados materiais do acervo da biblioteca da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O projeto de intervenção se baseou na metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que se caracteriza pela realização da análise situacional para identificação dos problemas, com a participação dos atores sociais envolvidos. Ele possui quatro momentos: explicativo, que identifica, procura e analisa o problema; normativo, estratégico e por último, tático-operacional, da execução, gestão, avaliação e acompanhamento do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).



## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Dentre os diversos tipos de neoplasias que acometem a mulher, o câncer do colo do útero(CCU)vem ocupando posição de destaque como problema de Saúde Pública, sendo a terceira neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, no Brasil, sendo superado apenas pelo câncer de mama e câncer de pele (BRASIL, 2006).

Conforme o Ministério da Saúde, cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca realizaram o Papanicolau e o exame clínico das mamas, dificultando ações de saúde e assistência com ênfase na prevenção e no diagnóstico precoce (BRASIL, 2002).

De acordo com Kurman (1997), o câncer de colo do útero desenvolve-se a partir de lesões potencialmente precursoras da doença conhecida como Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC). São classificadas operacionalmente como NIC I (Displasia leve), NIC II (Displasia Moderada) e NIC III (Displasia grave e carcinoma *in situ*). Pesquisas indicam que quase todo câncer invasor progride de uma neoplasia intraepitelial cervical. Em média, um terço delas regredem, um terço permanecem estacionário e apenas um terço evoluem para câncer *in situ*, ou seja, invasor do colo uterino.

As neoplasias escamosas do colo do útero correspondem a um grupo de alterações na maturação celular restritas ao epitélio e graduadas segundo a proporção de células imaturas atípicas e grau de discariose. Estas lesões caracterizam-se pelo aumento da relação núcleo/citoplasma, atípicas nucleares e mitóticas, e acompanham-se de sinais citológicos indicativos de infecção pelo HPV (Papiloma Vírus Humano) (HALBE e MANTESE, 2000).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer do colo do útero é uma forma grave de morbidade que atinge a população feminina em idade fértil. Ainda, de acordo com dados apresentados, este tipo de câncer foi responsável pela morte de 3953 mulheres no ano de 2000 no Brasil e representa 10% de todos os tumores malignos em mulheres (INCA, 2003).

O câncer do colo do útero é causado pela infecção constante de alguns tipos denominados oncogênicos, do Papilomavírus Humano (HPV). Normalmente, apesar de ser muito frequente a infecção genital por este vírus, ele não causa doença na maioria das vezes. Destaca-se que em alguns casos as alterações celulares ocorridas podem evoluir para o câncer. O importante é que essas alterações, descobertas facilmente no exame preventivo são curáveis na quase totalidade dos casos. Nesse sentido, faz-se imprescindível a realização periódica deste exame (INCA, 2014).

As diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero, no Brasil, indicam a realização do exame preventivo anualmente em mulheres na faixa etária compreendida entre 25 e 64 anos. Na vigência de dois exames sucessivos negativos, pode-se ter um intervalo de três anos entre os exames. Com tudo, essa recomendação atinge também as mulheres sexualmente ativas com idade inferior a 25 anos, devido à etiologia do CCU (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde adverte que o CCU é prevenível pela detecção e pelo tratamento das lesões precursoras que antecedem, em muitos anos, o câncer. Ele também adverte que acerca da repetição do preventivo um após a realização do primeiro exame com o intuito de diminuir a chance de se ter um resultado falso negativo na primeira rodada do rastreamento (BRASIL, 2013).

O CCU tem sido considerado um sério problema de saúde pública, decorrente da sua alta incidência, do seu progresso na taxa de morbimortalidade. Com uma incidência em todo o mundo de aproximadamente meio milhão de casos por ano, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, que este câncer permanece como um dos mais temíveis e danosos cânceres da mulher (FREITAS *et al.*, 2006).

Nesta neoplasia do útero ocorrem mudanças celulares ,havendo disseminação das células anormais de forma progressiva e gradativa. Trata-se de uma doença crônico-degenerativa que exerce muito medo nas pessoas, devido ao seu alto grau de letalidade e morbidade, presentando condições de cura quando diagnosticada logo no início (ROMAN; PANIS, 2010).

De acordo com Matsuda (2005), o preventivo de câncer de colo do útero evidenciou-se de grande eficácia e importância na prevenção desse câncer, tendo em vista poder reduzir mortes em 70% dos casos. Seu objetivo é detectar doenças no colo do útero antes do desenvolvimento da neoplasia (MATSUDA, 2005).

No Brasil, a recomendação nacional para o exame cito patológico cervical é que ele deverá ser realizado “ em mulheres de 25 a 60 anos de idade, ou que já tiveram atividade sexual anteriormente a esta faixa etária, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos” (BRASIL, 2006, p. 10).

Para a realização deste exame, algumas recomendações são apontadas, tais como: mulheres não poderão manter relação sexual ou fazer uso de duchas; não usarem medicamentos ou exames intravaginais durante 48 horas que antecedem o exame; não estar no período menstrual (INCA, 2007).

É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo uterino na população de risco. O INCA tem realizado diversas campanhas educativas, voltadas para a população e para os profissionais da saúde, para incentivar o exame preventivo (INCA, 2008).

O Ministério da Saúde recomenda que,

A realização do cito patológico deve ocorrer na própria unidade básica de saúde, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para esse fim. A estratégia de mutirão em horários alternativos permite atingir mulheres que geralmente não conseguem ter acesso ao exame. Usuárias que não comparecem espontaneamente podem ser convocadas para realização do exame. Independente da forma de abordagem, o exame deve ser coletado mediante a técnica descrita no capítulo específico, e a mulher deve ser respeitada e abordada integralmente (BRASIL, 2013, p.28).

Ainda pautada nas recomendações do Ministério da Saúde, tem-se que a atenção básica de saúde, como espaço de cuidados, deve, além de sensibilizar as mulheres para a realização do exame preventivo, acompanhá-las durante todo o tratamento, com vistas a intervir, caso necessário, durante esse processo. Em

especial no caso do cuidado paliativo, a equipe deve estar preparada para acolher essa usuária e propiciar o seu tratamento (BRASIL, 2013).

Assim, o profissional deve criar e manter boa relação com a usuária tanto para orientá-la quanto à importância de se fazer o preventivo quanto para redução dos possíveis entraves à realização do exame como, por exemplo, sentimentos de vergonha, ansiedade, medo e a tensão antes, durante e após a realização da coleta do material. Manter relação adequada e de confiança com a usuária gera laços afetivos para que a mulher retorne à consulta, receba o resultado e se cuide.

Além disso, a equipe de saúde deve se conscientizar de seu papel na prevenção do câncer de colo uterino e crie espaços e ações que promovam a adesão ao preventivo, ao desejo de se cuidar e manter proximidade com a unidade de saúde.

Através de várias estratégias, pretende-se que a equipe de Saúde de Carapina II desenvolva seus próprios projetos para solucionar o problema de baixa adesão ao exame preventivo de Papanicolau.

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Conforme dito anteriormente, este plano de intervenção se fundamentou no Planejamento Estratégico Situacional (PES) de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

### 6.1 Seleção dos problemas

Inicialmente, os problemas sugeridos pela equipe de saúde foram avaliados segundo o grau de urgência (de 0 a 5), relevância (alta, média ou baixa) e capacidade de enfrentamento (dentro, parcialmente ou fora da capacidade de enfrentamento), constituindo o primeiro passo do planejamento. A partir desses critérios, o problema: baixo índice de exame cito patológico foi escolhido como o mais importante e de maior governabilidade para ação, conforme descrito no Quadro 1.

**Quadro 1-** Priorização dos Problemas enfrentados pelas comunidades adscritas na ESF Carapina II (Segundo passo do Planejamento Estratégico Situacional)

<b>PROBLEMAS</b>	<b>Relevância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de Enfrentamento</b>	<b>Ordem de prioridade</b>
Baixo índice de exame citopatológico	alta	5	dentro	1º
Gravidez adolescência	alta	4	dentro	2º
Esgoto a céu aberto	média	3	parcialmente dentro	3º
Acumulo de lixo	média	3	parcialmente dentro	4º
Grande número de Desemprega doméstica		2	fora	5º

A seleção ou priorização dos problemas que serão enfrentados é muito importante. Dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo por motivos de recursos

financeiros, humanos, materiais, dentre outros. Como critérios para seleção dos problemas, a equipe considerou a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-lo. A Unidade optou em realizar um plano de ação para aumentar a adesão das mulheres ao exame preventivo.

Para se ter ideia da dimensão do baixo número de exames preventivos realizados na ESF Carapina II, no ano de 2013, detectou-se que apenas 15% das mulheres maiores de 15 anos realizaram o exame. Esse dado é extremamente preocupante no que tange às ações que deveriam ser desenvolvidas para se atingir maior número de mulheres e não estão sendo desenvolvidas.

A baixa adesão das mulheres da área de abrangência da ESF Carapina II pode ser explicada por condições culturais da comunidade, busca de outros estabelecimentos de saúde para realizar o exame como, por exemplo, o Centro Viva Vida. Além disso, a Unidade de Saúde não tem priorizado ações sobre a importância da realização do exame preventivo.

Os nós críticos são as causas principais dos problemas selecionados e que necessitam de intervenção com operações eficazes para sua resolução.

Para Campos, Farias e Santos (2010), o nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando 'atacado', é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

Assim, elegeram-se como nós críticos para o problema "Baixo índice do número de exames cito patológico".

- Ausência de capacitação para a equipe da ESF Carapina II.
- Falta de informação às usuárias sobre a importância do exame preventivo.
- Indisponibilidade de horários flexíveis para coleta do exame preventivo.
- Monitoramento e acompanhamento ineficaz.

## **6.2 Desenho das operações**

O desenho das operações significa traçar estratégias em busca de resolutividade dos nós críticos. A ESF Carapina II propôs, a partir dos 'nós críticos' identificados, as operações/projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados

esperados dessas operações e também, os recursos necessários à sua execução.

No Quadro 2 encontram-se apresentados as operações, resultados e produtos esperados de acordo com cada nó crítico.

**Quadro 2-** Desenho de operações para os nós críticos relacionados ao problema.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b><i>Ausência de capacitação para a equipe ESF Carapina II</i></b>	<b>“ Mais saúde”</b>	Funcionários capacitados sendo multiplicadores de conhecimentos	Reuniões/ capacitações com os Funcionários	<b><i>Organizacional</i></b> : organizar agenda de trabalho incluindo capacitações, produzir material explicativo do colo do útero <b><i>Cognitivo:</i></b> conhecimento sobre o tema e estratégias pedagógicas <b><i>Político:</i></b> Espaço para capacitação <b><i>Financeiro:</i></b> aquisição de material usado para capacitação e compra de lanche para intervalo de capacitação
<b><i>Falta de informação aos usuários sobre a importância do exame preventivo</i></b>	<b>“Saber Mais”</b>	Comunidade mais informada sobre a importância do exame preventivo	Grupos de educação em saúde, Visita domiciliar Consultas médicas/ Enfermagem	<b><i>Organizacional</i></b> programar/ organizar grupos e agenda de atendimento e produzir material educativo <b><i>Cognitivo:</i></b> Informação sobre o tema e estratégias de comunicação

				<p><b>Financeiro:</b> aquisição de material usado na produção de folhetos, cartazes, folder</p> <p><b>Político:</b> Articulação intersectorial (comunidade, grupos, associações) e mobilização da comunidade.</p>
<p><b>Indisponibilidade de horários flexíveis para coleta do exame</b></p>	<p><b>“ Flexibilidade de horários”</b></p>	<p>Maior Flexibilidade de horários/dias para coleta do exame preventivo</p>	<p>Oferta de horários/ dias flexíveis para o exame: Horário de almoço, após as 17:00 horas e aos sábados</p>	<p><b>Organizacional</b> : organizar a agenda de trabalho</p> <p><b>Financeiro:</b> profissional médico/ enfermagem disponível para realizar exame em diferentes horários/dias, sala específica para coleta do preventivo.</p>
<p><b>Monitoramento e acompanhamento ineficaz</b></p>	<p><b>Melhor Acompanhamento</b></p>	<p>Formular Arquivo Rotativo para melhor acompanhamento</p>	<p>Levantar dados de todas as mulheres através de entrevistas/prontuário sobre o exame preventivo. Agendamento para o exame. Busca ativa</p>	<p><b>Organizacional</b> Organizar agenda/ cronograma com ACS e capacitá-las para realizar levantamento de dados sobre o exame.</p> <p><b>Financeiro:</b> Conseguir fichas/impressos para realizar arquivo rotativo</p>



### 6.3 Identificação dos Recursos Críticos

Identificar os recursos críticos é apontar quais os recursos necessários, considerados indispensáveis para a execução de uma operação. É importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos críticos para traçar estratégias e viabilizá-los. No Quadro 3, os recursos identificados se relacionam com cada operação.

**Quadro 3-** Identificação dos Recursos Críticos

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Mais Saúde</b>	Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais para capacitação. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e estratégias pedagógicas
<b>Saber Mais</b>	Financeiro: Aquisição de recursos para estruturação do grupo/ educação em saúde: panfletos, folder, cartazes, datashow etc. Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação
<b>Flexibilidade de horários</b>	Financeiro: Maior disponibilidade do profissional para realização do exame –hora extra/ contratação de outro profissional
<b>Melhor acompanhamento</b>	Organizacional: Organizar agenda/cronograma com ACS e capacitá-las para realizar levantamento de dados sobre o exame. Financeiro: Conseguir fichas/impressos para realizar arquivo rotativo

### 6.4 Análise de viabilidade do Plano

A análise de viabilidade do plano de ação para aumentar o quantitativo de exames preventivos demonstra que o ator que está formulando o plano de ação não controla todos os recursos necessários para o desenvolvimento do mesmo. A partir da análise e viabilidade do plano, serão identificados os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano e motivar o controlador dos recursos críticos. Há de se destacar que a motivação é situacional, instável e sujeita a mudanças (CAMPOS; FARIA E SANTOS 2010).

No Quadro 4 acha-se descrita para cada operação, os recursos críticos e respectivo controle além da ação estratégica.

**Quadro 4 - Análise de viabilidade do Plano**

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle de recursos críticos</b> <b>Ator que controla</b> <b>Motivação</b>		<b>Ação estratégica</b>
<b>Mais Saúde</b>	<i>Financeiro:</i> Aquisição de recursos audiovisuais para capacitação. <i>Cognitivo:</i> Conhecimento sobre o tema e estratégias pedagógicas.	Coordenação de Enfermagem	Favorável	Apresentar Plano de ação
		Ator que planeja	Favorável	Não é necessário
<b>Saber mais</b>	<i>Financeiro:</i> Recursos para estruturação do grupo; panfletos, cartazes folder etc <i>Cognitivo:</i> Informação sobre o tema e estratégias de comunicação	Centro Viva Vida/ Coordenação de Enfermagem	Favorável	Apresentar plano de ação
		Ator que Planeja	Favorável	Não é necessário
<b>Flexibilidade de horários</b>	<i>Financeiro:</i> Maior disponibilidade do profissional para realização do exame – hora extra/ contratação de outro profissional	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar plano de ação
<b>Melhor acompanhamento</b>	<i>Organizacional:</i> Organizar agenda/ cronograma com ACS e capacitá-las para realizar levantamento de dados sobre o exame. <i>Financeiro:</i> Conseguir fichas/impressos para realizar arquivo rotativo	Ator que Planeja	Favorável	Não é Necessário
		Coordenação de Enfermagem	Favorável	Não é necessário

### 6.5 Elaboração do Plano operativo

A Elaboração do Plano operativo possui como principal objetivo designar os

responsáveis por cada operação (gerente) e definir prazos para execução da operação.

Este plano se encontra apresentado no Quadro 5.

**Quadro5** - Elaboração de um plano de ação

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Mais Saúde</b>	Funcionários capacitados sendo multiplicares de conhecimento	Reuniões/ capacitações com os funcionários	Agendar reuniões, Providenciar Material educativo	Médico Enfermeiro	20 dias
<b>Saber mais</b>	Comunidade mais informada sobre a importância do exame preventivo	Grupos de educação em saúde, Visita domiciliar Consultas médicas/ Enfermagem	Programar grupos, Produzir/ Providenciar material Educativo Intensificar a Visita domiciliar entre ACS e mulheres Agendar consultas médicas/ enfermagem	Enfermeiro NASF	Contínuo
<b>Flexibilidade de horários</b>	flexibilidade de horários/dias para coleta do exame preventivo	Oferta de horários/ dias flexíveis para o exame: Horário de almoço, após as 17:00 horas e aos sábados	Criar horários e dias alternados para favorecer a coleta do exame	Enfermeiro Médico	Contínuo
<b>Melhor Acompanhamento</b>	Formular Arquivo Rotativo	Levantar dados das mulheres através de entrevistas/ prontuários sobre o exame preventivo	Providenciar fichas para arquivo rotativo, Realizar levantamento de informações sobre o exame preventivo Intensificar	Enfermeiro ACS	90 dias

			Visita domiciliar Acompanhar estado de saúde da paciente e assuidade ao exame Agendar consulta médica/enfermagem		
--	--	--	--	--	--

### 6.6 Gestão do Plano Operativo

Busca-se, nesta etapa, elaborar como se dará o processo de acompanhamento do plano e de como solucionar os erros e fragilidades que porventura acontecerem. Nesse monitoramento, haverá a possibilidade de indicar correções caso necessárias.

Destaca-se que essa gestão é de toda a equipe de saúde uma vez que o trabalho é multidisciplinar e todos são sujeitos ativos nesse processo.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do diagnóstico situacional da unidade de saúde foi possível perceber que apenas 15% das mulheres maiores de 15 anos, inscritas na ESF, estavam em dia com

o exame ginecológico da forma preconizada pelo Ministério da Saúde.

Dessa forma, tornou-se imprescindível a busca de ações que sensibilizassem essas mulheres para a importância de se fazer o preventivo e que elas, de fato, o fizessem conscientes de que escolheram cuidar-se para que um futuro mais promissor.

Com base nos motivos que levam as mulheres a não realização do exame preventivo do câncer do colo do útero pensamos em ações que pudessem orientar, educar e trazer para a unidade as usuárias da nossa área de abrangência para que se sintam acolhidas e façam o preventivo.

Busca-se, ainda, sensibilizar toda a equipe de saúde para que se integrem na busca de vencer esse desafio e possam, também, monitorar todo o processo para que possamos solucionar, em tempo, as fragilidades que surgirem.

Esse acompanhamento permitirá a correção de possíveis erros e valorização de acertos. Os erros levarão a equipe à discussão de como abordá-los e os acertos servirão de incentivo para continuar o trabalho.

Espera-se, com a implantação e implementação do plano de intervenção alcançar os objetivos traçados: trazer as mulheres para realização do preventivo do câncer do colo do útero.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Incidência do Câncer no Brasil em 2012. Coordenação de Prevalência e Vigilância – Rio de Janeiro: Inca, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Comprev). **Falando sobre o câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. 59 p. Disponível em: .

Acesso em: 13 abr.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Situação do Câncer no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

CAMPOS, F.C.C., FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2.ed.Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.114p.

FREITAS, F. *et al.* **Rotina em ginecologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HALBE, H.W; MANTESE, J.C. **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Roca, 2000.

HATCH, K.D.; FUI, Y.S. Câncer cervical e vaginal. In: BEREK, J.S. (Org.).**Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.p.887-95.

KURMAN, R. J. D. **O sistema bethesda para relato de diagnostico citológico cervicovaginal**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

MATSUDA, Antônio José. **Câncer Ginecológico: Diagnóstico e Tratamento**. Florianópolis: UFSC, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo demográfico**. Belo Horizonte , 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). . Acesso em: 10 jul 2015

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Brasil tem 16,2 milhões em extrema pobreza em 2012**.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura\\_colo\\_do\\_uterio.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf). Acesso em: 06 jul. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer em 2003**. Disponível em: Acesso em: 26 set.2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Atlas da mortalidade**. Brasília, 2012. Disponível em: Acesso em: 28 maio.2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Controle do câncer do colo do útero**.Disponível em : Acesso em: 13 abr.2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Estimativa 2014 incidência do câncer no Brasil**. Disponível em Acesso em 13 abr.2014.

RAMOS, Aline da Silveira *et al.* Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à realização do exame preventivo de Papanicolaou. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, XXX 2006.

ROMAN, KEM; PANIS, C. Identificação dos fatores de risco a associados ao desenvolvimento de câncer de colo uterino em mulheres. **Infarma**, v.22, nº 7/8, 2010.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. SIAB. Dados quantitativos dos números de exames preventivos realizados na Estratégia Saúde da Família Carpina II no ano de 2013 e 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes**. Switzerland: WHO, 2010. Disponível em <http://globocan.iarc.fr/> Acesso em : 20 jun. 2013.