

**PAULA CRISTINA RIBEIRO**

**FATORES RELACIONADOS À BAIXA ADESÃO AO EXAME PAPANICOLAOU E  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A COBERTURA EM UMA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE.**

**BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS  
2010**

**PAULA CRISTINA RIBEIRO**

**FATORES RELACIONADOS À BAIXA ADESÃO AO EXAME PAPANICOLAOU E  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A COBERTURA EM UMA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção de certificado de especialista.

Orientador: Mário Dias Corrêa Junior.

**BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS  
2010**

**PAULA CRISTINA RIBEIRO**

**FATORES RELACIONADOS À BAIXA ADESÃO AO EXAME PAPANICOLAOU E  
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A COBERTURA EM UMA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para a obtenção de certificado de especialista.

Orientador: Mário Dias Corrêa Junior.

Banca Examinadora

- 1.
- 2.
- 3.

Aprovada em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimentos sinceros:

**Á um grande homem:** Mário Dias Correia Júnior, que mesmo sendo uma figura de grande destaque na medicina dedicou parte de seu precioso tempo á realização deste trabalho.

**Á uma grande equipe:** equipe vermelha do centro de saúde Marcelo Pontel Gomes; a qual me ensinou muito e apesar de atualmente não ser mais um de seus integrantes sempre continuará presente dentro de mim, pois tudo que é bom se perpetua na alma e no coração.

## RESUMO

O câncer de colo de útero ainda é considerado um problema de saúde pública no Brasil por isto o Ministério da Saúde recomenda a realização do exame como estratégia de rastreamento prioritariamente para mulheres entre 25 e 59 anos de idade. Mesmo com a implantação de programas e ações voltadas para a prevenção do câncer cervico uterino a cobertura do exame ainda não alcançou os índices preconizados para que efetivamente haja impacto na morbidade e mortalidade das mulheres. Este trabalho propôs levantar questões referentes à não adesão das mulheres ao exame e sugerir um plano de ação local para aumentar a adesão das usuárias pertencentes á equipe vermelha do Centro de saúde Marcelo Pontel Gomes na cidade de Belo Horizonte.

Palavras chave: câncer de colo uterino, exame preventivo, exame papanicolaou, saúde da mulher, exame colpocitológico.

## ABSTRACT

*The cervical cancer is still considered as a public health problem in Brazil because the Health Department recommends the realization of the exam as a trace strategy priority for women between 25 and 29 years old. Even with the implantation of programs and actions focused on the prevention of the cervic uterine cancer, the cover of the exam did not reach the recommended index for actually works on the women morbidity and mortality. This work proposed to ask question about the no accession of the women to the exam and to suggest a local action plan to increase the accession of the users belonging to the red team of the Health Center Marcelo Pontel Gomes in the city of Belo Horizonte.*

*Keywords: Cervical cancer. Preventive exam. Pap exam. Woman Health. Smear exam.*

## SUMARY

|  |    |
|--|----|
| Introdução .....   | 07 |
| Justificativa .....  | 08 |
| Objetivos .....  | 09 |
| Metodologia .....  | 10 |
| Revisão de Literatura .....                                  | 11 |
| Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes e equipe Vermelha ..... | 18 |
| Plano de ação .....  | 20 |
| Referências Bibliográficas .....                             | 23 |

## INTRODUÇÃO

Apesar da existência de um programa de rastreamento acessível à maioria da população feminina brasileira, o câncer de colo uterino continua sendo um problema de saúde pública em nosso país. A maioria dos municípios, principalmente aqueles com maiores desigualdades sociais, mantém seus níveis de cobertura do exame de Papanicolaou abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde.

A criação e expansão do Programa Saúde da Família ampliou muito a oferta de exames às mulheres, mas mesmo com o aumento do acesso, a adesão ainda se constitui um desafio para muitos profissionais, principalmente aqueles que atuam na atenção primária. Na equipe vermelha do centro de saúde Marcelo Pontel Gomes a cobertura ainda está abaixo do percentual preconizado e nem todos os profissionais estão envolvidos diretamente na tentativa de elevar o número de coletas do exame.

Diante do problema existente na equipe vermelha viu-se a necessidade de realizar um levantamento das principais causas de não adesão ao exame de Papanicolaou pelas mulheres brasileiras. Conhecendo os motivos de não adesão ao exame os profissionais podem elaborar mecanismos para diminuir estas barreiras e aumentar a conscientização sobre a importância da realização do mesmo.

Ao final do trabalho foi criado um plano de ação direcionado à equipe, o qual tem como objetivo primordial aumentar a adesão ao exame, além de permitir um monitoramento adequado da realização do mesmo por cada mulher pertencente à área de abrangência e sensibilizar todos os profissionais envolvidos na assistência direta à mulher para que estes possam ser verdadeiros atores na luta para redução do câncer de colo.

## **JUSTIFICATIVA**

Este trabalho tem como justificativa a baixa adesão das mulheres da equipe vermelha do centro de saúde Marcelo Pontel Gomes às ações preventivas relacionadas ao câncer de colo uterino refletindo diretamente na baixa cobertura do exame papanicolaou; o que efetivamente as torna mais propensas a diagnósticos tardios e aumenta o índice de mortalidade. No ano de 2008 apenas 20% das mulheres maiores de 10 anos cadastradas na equipe colheram o exame.



## **OBJETIVOS**

### **I - OBJETIVO GERAL:**

Aumentar a cobertura do exame papanicolaou na equipe vermelha e propor a criação de um arquivo rotativo que permita a equipe monitorar a data de provável realização do exame por cada mulher que utiliza o serviço.

### **II - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Aumentar o nível de informação das mulheres sobre a prevenção do câncer de colo, focando a importância do exame.
2. Estimular hábitos de vida mais saudáveis.
3. Sensibilizar a equipe para um atendimento mais responsável e humano às mulheres.
4. Desenvolver ações de educação continuada sobre o câncer de colo para os membros da equipe.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um levantamento bibliográfico nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2010 utilizando como referencial sites oficiais e artigos científicos. Com base no material levantado foi feita uma descrição sobre o câncer de colo uterino, sua epidemiologia, periodicidade de realização do exame e o levantamento dos principais fatores que levam as mulheres à não se submeterem à coleta de papanicolaou. Também constam no trabalho dados da equipe de saúde vermelha, obtidos durante a realização de um diagnóstico situacional no ano de 2008 como atividade do curso de pós-graduação em Saúde da Família. Com base na descrição do trabalho foi construído um plano de ação que tem como meta aumentar a cobertura do exame e criar um sistema de arquivo que permita à equipe monitorar constantemente aquelas pacientes que necessitam realizar o exame.

## REVISÃO DA LITERATURA

O Câncer nas suas diferentes formas constitui-se atualmente em uma das mais importantes causas de morte na população mundial, sendo que a prevenção, bem como a detecção precoce podem reduzir seus efeitos danosos. A prevenção deve englobar o acesso integral aos serviços de saúde onde aspectos educativos devem ser abordados com a finalidade de aumentar a adesão às ações e promover o conhecimento, sendo este último uma troca permanente entre profissionais de saúde e usuários do serviço (NETO; CUNHA, 2006).

Apesar de o câncer cérvico uterino ser uma das doenças mais temidas em virtude de seu alto grau de morbidade e letalidade, ele apresenta, ao mesmo tempo, grande possibilidade de cura se diagnosticado precocemente. Este tipo de câncer ainda é considerado um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, pois alcança elevadas taxas de prevalência e de mortalidade em estratos sociais e econômicos mais desfavoráveis, afetando diretamente as mulheres em idade reprodutiva (DUAVY et.al., 2007).

O câncer cérvico uterino tem sido descrito como uma afecção iniciada por modificações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasiva em um período de 10 a 20 anos. Ele pode ser considerado evitável devido á longa fase pré invasiva, quando as lesões precursoras podem ser detectadas no exame papanicolaou (MULLER et.al., 2008).

Este exame foi adotado para rastreamento na década de 50 em vários países, sendo primordial para a redução da incidência de carcinoma invasor e consequente redução da mortalidade (HACKENHAAR et.al., 2006).

No Brasil foram elaborados alguns programas voltados para a saúde da mulher nos quais estavam embutidas ações relacionadas à prevenção do câncer de colo uterino. Em 1983, foram elaboradas, por um grupo que reunia sanitaristas, pesquisadores, feministas e representantes do Ministério da Saúde, as bases programáticas do Programa de Atenção Integral á Saúde da Mulher (PAISM). Pela primeira vez um programa dirigido ás mulheres tinha as próprias mulheres como interlocutoras (OLIVEIRA, 1999).

O PAISM foi um documento histórico que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral. As ações prioritárias foram definidas a partir das necessidades da população feminina, o que simbolizou uma ruptura com o modelo de atenção á mulher até então desenvolvido. Este novo documento propôs formas mais simétricas de relacionamentos entre profissionais de saúde e as mulheres, apontando para sua autonomia e maior controle

sobre a saúde, o corpo e a própria vida. Também propôs uma assistência voltada para todas as fases da vida, reconhecendo o cuidado da equipe de saúde além de dar alto valor as ações educativas (BRASIL, 2010).

A partir de então o PAISM passa a constituir o modelo assistencial capaz de atender as necessidades globais da população feminina. Ele incorporava além da tradicional assistência ao pré-natal, parto e puerpério, a detecção precoce de neoplasia de mama e de colo de útero, o tratamento e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, a contracepção e outros. Todas as ações deveriam ser integradas e oferecidas a cada contato da mulher com o serviço (OLIVEIRA, 1999).

No ano de 1995 durante a VI Conferência Mundial sobre a Mulher, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) reconheceu a necessidade de propor um programa de âmbito nacional visando o controle do câncer no Brasil. Uma equipe de técnicos do Ministério da Saúde, em parceria com organismos nacionais e internacionais, elaborou um estudo piloto, que mais tarde subsidiaria o Programa Nacional do Controle de Câncer do Colo Uterino, a este estudo deu-se o nome de Programa Viva Mulher. Este projeto foi implantado entre janeiro de 1997 e junho de 1998 em 06 localidades brasileiras (Curitiba, Brasília, Rio de Janeiro, Recife, Belém e Sergipe) no qual foram atendidas 124.440 mulheres. (BRASIL, 2010).

Em 1998 as ações do Viva Mulher foram estendidas a todos os municípios brasileiros por meio de uma campanha nacional. Desde então, tem se observado crescente ampliação na oferta de exames citopatológicos no país. De 1999 a 2001 foram processados uma média de 07 milhões de exames por ano tendo este quantitativo subido para 10 milhões nos anos de 2003 e 2004. No entanto apesar de esforços crescentes para melhorar a eficiência dos programas de prevenção, ou seja, aumentar o número de mulheres examinadas com qualidade e com menor custo possível, a manutenção de altas taxas de incidência e de mortalidade no Brasil revela que as medidas que vêm sendo adotadas não conduziram aos resultados esperados (MARTINS et.al., 2005).

No Brasil, desde 2003, excetuando o câncer de pele (não melanoma), o câncer de colo do útero figura como a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres sendo superada apenas pelo câncer de mama. As taxas de mortalidade por câncer de colo no Brasil no período de 1979 a 2004 indicam que as mesmas continuam estáveis, não tendo apresentado alterações significativas: em 1979, a taxa era de 4,97/100mil, ao passo que em 2004, era de 4,74/100mil (ALBUQUERQUE et.al., 2009).

A estimativa de novos casos de câncer de colo para o ano de 2010 é de 1330 casos novos para o estado de Minas Gerais (taxa bruta de 12,93) sendo 210 novos casos para a cidade de Belo Horizonte (INCA, 2010).

Atualmente a prevenção secundária do câncer do colo uterino tem se concentrado no rastreamento de mulheres sexualmente ativas através do exame citopatológico do colo uterino. O exame preventivo de Papanicolaou é uma tecnologia simples, eficaz e de baixo custo para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de suas lesões precursoras. O risco cumulativo de câncer é reduzido em 84% para mulheres rastreadas a cada cinco anos e em 91% para mulheres que fazem o preventivo a cada 03 anos. A realização anual do exame eleva a proteção em apenas 2%. O maior benefício será obtido quando o rastreamento for praticado em mulheres com 35 anos ou mais, porque nesta idade foi relatado um aumento na incidência de câncer invasivo. O Ministério da Saúde Brasileiro recomenda que quem tem ou já teve atividade sexual deve se submeter ao exame preventivo periódico, especialmente dos 25 aos 59 anos de idade. Inicialmente o exame deve ser feito a cada ano. Se dois exames anuais apresentarem resultado negativo para displasia ou neoplasia, o exame pode passar a ser feito a cada três anos (OLIVEIRA, 2006).

Entretanto, apesar da eficácia do Papanicolaou, a cobertura do exame na população feminina brasileira ainda é baixa.

De acordo com Albuquerque (2009) cobertura é um termo claro bem definido e freqüentemente descrito como a proporção da população que se beneficia de uma determinada intervenção.

O Ministério da Saúde, INCA e Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizam a cobertura do exame papanicolaou em torno de 80 % a 85%, sendo esta a cobertura mínima necessária para causar impacto epidemiológico na incidência e na mortalidade por câncer cervico uterino (MULLER, 2008).

No ano de 2002, foi realizado um inquérito epidemiológico no município de São Paulo com uma amostra aleatória e representativa da população feminina entre 15 e 49 anos, na qual se observou uma prevalência na realização do papanicolaou de 86% de em algum momento da vida e de 77% nos últimos três anos (PINHO; JUNIOR, 2003).

Outro estudo recente no estado de Pernambuco aponta para uma cobertura maior que 60% em mulheres com faixa etária entre 25 e 59 anos de idade (ALBUQUERQUE, 2009). O mesmo autor ainda afirma que: a despeito das variações de cobertura encontradas, verifica-se que a maioria dos estudos citados possui um achado em comum, mulheres que

mais poderiam se beneficiar do teste são as que menos o realizam, o que pode em parte, explicar o diagnóstico tardio e a manutenção nas taxas de mortalidade.

O conhecimento acerca do número de colpocitologias realizadas no decorrer do ano, assim como o conhecimento do número de resultados alterados, são fundamentais para a programação de ações voltadas para o controle do câncer cérvico-uterino. É por meio da análise desses dados que o serviço poderá conhecer melhor a sua população, calcular a cobertura da população adscrita, reconhecendo os pontos chave a serem trabalhados, tais como educação em saúde ou captação de mulheres. Além disto o conhecimento destes dados permite programar gastos com recursos materiais e humanos (BOTTARI et.al., 2008).

Pensando nas possibilidades de estratégias eficazes na cobertura da prevenção de câncer cérvico-uterino é preciso considerar que influências histórico-culturais e a acessibilidade podem refletir na maneira das mulheres enfrentarem o exame preventivo. Assim faz se necessárias investigações que apontem os motivos da não realização do exame papanicolaou, afim de que possa haver maior adesão e cobertura desse procedimento (CRUZ e LOUREIRO, 2008).

Vários estudos já foram realizados apontando alguns fatores que prejudicam a adesão ao exame de prevenção do câncer de cólo uterino, os mesmos serão descritos a seguir servindo como parâmetros para planejamento de ações na equipe vermelha do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes, para aumentar a cobertura do exame das mulheres da área adscrita.

A escolaridade é indicada como tendo uma relação positiva com a saúde, Mendoza et.al. apud Torres (2008) relatam que para o grupo com menor escolaridade as chances de procurar um serviço de saúde diminuem em 56%.

Em estudo realizado por Albuquerque (2009) foi observado um maior percentual de realização do exame entre as mulheres com ensino fundamental completo (71%) e um menor percentual entre as mulheres com ensino elementar incompleto (60%).

Muitas vezes, o sentimento de medo relacionado ao câncer em geral e ao câncer cérvico-uterino, em particular é criado e perpetuado pelo próprio discurso de risco presente nas campanhas de saúde pública. Nesse sentido o medo pode acabar adquirindo um efeito contrário ao que deseja o discurso de risco, tornando se muito mais um elemento restritivo á realização do exame, pois sentimentos de medo em relação ao teste, á doença, a dor do exame e ao recebimento de um resultado positivo são motivos comuns para a não realização do papanicolaou (PINHO; JUNIOR, 2003).

Pelloso e colaboradores (2004) apud Cruz e Loureiro (2008) referem que muitos profissionais assumem uma postura de dominação no momento do exame, tornando a mulher submissa naquele momento. Esta postura de dominação/submissão pode ser um empecilho para aumentar a cobertura do exame

Paula e Madeira (2003) apud Cruz e Loureiro (2008) destacam que profissionais poderiam contribuir para tornar o momento do exame menos doloroso, passando a ser não só um espaço para a mulher ser examinada, mas também com a possibilidade de ser ouvida e sentir-se respeitada. É importante que o profissional ofereça oportunidade para a mulher falar de si, afim de que ela reflita sobre as suas experiências e se conscientize mais claramente sobre o que acontece consigo mesma. Durante o exame a mulher é bem mais que um colo uterino, ela é um corpo que tem sentimentos, que interage com o mundo, com os outros e consigo mesmo.

O maior sentimento relacionado à não adesão ao exame é a vergonha. A cada vez que a mulher expõe seu corpo aflora este sentimento que pode ser justificado pelo tabu do sexo, proveniente da educação recebida, bem como da falta de informação. Além da vergonha muitas mulheres relatam desconforto durante a posição ginecológica, afinal muitas mulheres não se mostram despidas nem mesmo para o companheiro (DUAVY et al., 2007). Para o mesmo autor a vergonha é a não aceitação decorrente do processo psicológico de ser pego em flagrante e fora dos padrões aceitos e valorizados. A presença do outro como testemunha, fiscal, juiz, avaliador é determinante do sentir vergonha. A estruturação da vivência da vergonha vai depender dos processos relacionados e de seus contextos. A vergonha pode ser estruturada no nível social, corporal e existencial.

Uma outra barreira à adesão ao papanicolaou diz respeito ao acesso. O acesso inadequado ao atendimento básico pode desestimular as mulheres a procurarem os serviços de saúde. Além da demora no agendamento do exame também estão relacionados ao acesso: desorganização do serviço, demora no atendimento, falta de materiais adequados para realização do exame e número insuficiente na oferta do mesmo (DUAVY, 2007).

Ao abordar as mulheres para campanhas preventivas nota-se que não há referências aos seus companheiros, ou seja, eles são excluídos do processo. Alguns autores Ferreira e Oliveira (2006); Fernandes e Narchi (2002) apud Cruz e Loureiro (2008) expõem que a submissão das mulheres aos seus maridos as afasta do procedimento preventivo, tendo em vista que muitos não permitem que elas realizem o exame. Assim incluí-los no processo educativo poderia ser uma estratégia facilitadora.

O estado conjugal também deve ser considerado, um estudo realizado em 2003 apontou que mulheres casadas apresentam uma chance maior de realizarem o exame do que as não-casadas. Outro fato também relacionado à adesão é a presença de filhos, mulheres com filhos têm uma adesão ao exame próximo de 77% e as que não têm filhos a adesão é em torno de 65%, isto porque a gravidez é o momento em muitas mulheres se aproximam do serviço de saúde (TORRES et.al., 2008).

Mulheres pertencentes á faixas etárias mais jovens e as com mais idade são as que menos realizaram o exame preventivo. Isto nos remete a reflexão sobre a insuficiência da ampliação da oferta do referido procedimento no Sistema Único de Saúde (SUS), quando descontextualizada de uma estratégia para promoção da saúde focada na intersetorialidade. A ênfase na promoção da saúde no Programa de controle do câncer cérvico-uerino pode ser decisiva na ampliação da cobertura do teste de Papanicolaou entre as mulheres mais suscetíveis ao agravo. Hábito de fumar e desconhecimento sobre a doença também são fatores associados à não realização do exame (ALBUQUERQUE, 2009).

O exame papanicolaou é um tema muito amplo que pode ser idealizado ou pensado de várias formas, entre elas pela própria competência dos profissionais em realizar práticas assistenciais, em que o objeto de trabalho é o ser humano, o próprio processo saúde-doença, a organização dos serviços de saúde e a percepção/sentimentos da mulher em relação ao exame, bem como sua situação social, econômica e cultural.

O Programa Saúde da Família (PSF), desde seu projeto de implantação pelo Ministério da Saúde em 1994, traz consigo os princípios da atenção primária: primeiro nível de assistência, atenção continuada, integralidade nas ações dando ênfase principalmente as ações educativas e a realidade da população por ele atendida. O vínculo existente no PSF é a melhor forma de combinar autonomia dos usuários e responsabilidade dos profissionais. As equipes de saúde da família (ESF) apresentam potencialidades para ampliar e qualificar o exame de papanicolaou em nosso país, além de desenvolver ações de educação em saúde que conseqüentemente abordariam a importância do exame e outros fatores como a sexualidade e a vergonha, os quais muitas vezes são empecilho para mulheres procurarem os serviços de saúde para a realização do exame (OLIVEIRA; PINTO, 2007).

Desde que respeitados os valores e as crenças, os profissionais podem influenciar na mudança de comportamento quanto á prevenção. Para se atingir objetivos que melhorem a qualidade de vida é necessário à implantação de medidas e ações educativas que apresentem impacto positivo, caso contrário, estarão apenas executando programas preestabelecidos sem alcançar soluções integradoras (CRUZ; LOUREIRO, 2008).



Educação em saúde deve ser uma forma de exercer a cidadania com ações generalizadas que provoquem transformações nos sujeitos e este passe a atuar na sociedade e nas situações nas quais é submetido (BYDLOWIKI e col., 2004 apud CRUZ; LOUREIRO, 2008).

## Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes e Equipe Vermelha

Para desenvolvimento do plano de ação referente à necessidade de aumentar a cobertura da coleta de exame de papanicolaou da equipe vermelha do Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes faz se necessário um breve conhecimento sobre a unidade de saúde e sobre a equipe em si.

O Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes está localizado na regional nordeste da cidade de Belo Horizonte, prestando assistência direta aos seguintes bairros: Jardim Vitória, Vitória, Pousada e Goiânia, tendo de acordo com o último levantamento das ACS um total de 9676 pessoas na sua área de abrangência e de acordo com o censo BH social um total de 4608 pessoas. Está localizado nas proximidades do Anel Rodoviário, BR 381, faz limite com o município de Sabará, com o Centro de saúde Vila Maria e com o Centro de saúde Goiânia. É uma área em expansão geográfica e de elevado risco social. Este centro de saúde possui apenas duas equipes de saúde da família, a equipe vermelha (equipe um) e a equipe azul (equipe dois).

Tabela 01: população por sexo, equipe 01 (vermelha) 2008.

| Faixa etária      | Sexo         |              |
|-------------------|--------------|--------------|
|                   | Masculino    | Feminino     |
| Menores de 01 ano | 48           | 41           |
| 01 a 04 anos      | 144          | 155          |
| 05 a 06 anos      | 98           | 123          |
| 07 a 09 anos      | 171          | 181          |
| 10 a 14 anos      | 227          | 353          |
| 15 a 19 anos      | 263          | 147          |
| 20 a 39 anos      | 1089         | 1049         |
| 40 a 49 anos      | 397          | 409          |
| 50 a 59 anos      | 254          | 278          |
| 60 anos e mais    | 186          | 201          |
| <b>Total</b>      | <b>2.877</b> | <b>2.937</b> |

Fonte: levantamento dos agentes comunitários.

Tabela 02: cobertura de exame citopatológico em mulheres maiores de 10 anos da equipe 01 (vermelha), 2008.

| <b>Indicador</b>                    | <b>2008</b> | <b>Percentual</b> |
|-------------------------------------|-------------|-------------------|
| Mulheres maiores de 10 anos         | 2.797       | 100%              |
| Número de coletas de colpocitologia | 571         | 20,0%             |

Fonte: Fênix.

Diante da realidade local apresentada pela descrição e tabelas acima foi elaborado um plano de ação a ser discutido e estudado pela equipe para que juntos possam implementar ações eficazes para amenizar o problema de baixa cobertura do exame citopatológico de colo uterino.

## PLANO DE AÇÃO

| <b>Nó crítico</b>  | <b>Operação</b>   | <b>Resultados esperados</b>   | <b>Produtos esperados</b>   | <b>Recursos necessários</b>  | <b>Responsáveis</b>  | <b>Prazos</b>  |
|--|---|---|---|--|--|--|
| Questões sócio-culturais   | Modificar barreiras culturais   | Melhorar a auto-estima e minimizar questões culturais.                | Participação das mulheres no grupo de caminhada “saúde e vida”, e no grupo mulheres vitoriosas (ambos discutem vários temas sobre a saúde feminina e sobre questões culturais). | Dispensáveis, os dois grupos já existem na unidade.  | Toda a equipe de saúde deverá se engajar na divulgação e convite para os grupos já existentes.   | Imediato após a apresentação do plano de ação para os profissionais.       |
| Nível de informação  | Aumentar o nível de informação das mulheres sobre cuidados com a saúde e como prevenir doenças específicas. | Mulheres mais informadas sobre a importância da prevenção de doenças. | Atividades educativas com a população feminina. Capacitação de ACS para serem multiplicadores.  | Cognitivos: conhecimento sobre o tema.<br><br>Organizacional: agenda.<br><br>Político: articulação intersetorial e com a comunidade. | Treinamento de ACS: ginecologista, generalista e enfermeiro.<br><br>Atividades com as mulheres: toda a equipe e pessoas da comunidade. | Treinamento para ACS: 45 dias.<br><br>Atividades com as mulheres: 60 dias. |
| Desconhecimento da equipe sobre o protocolo municipal de prevenção do câncer de colo uterino | Aumentar o nível de conhecimento dos profissionais sobre os protocolos de atenção à mulher                  | Profissionais mais informados sobre o conteúdo dos protocolos         | Realização de grupos de estudo e discussão com os profissionais da equipe.  | Cognitivos: conhecimento sobre o tema.<br><br>Organizacional: agenda.<br><br>Político: envolvimento dos profissionais.               | Ginecologista da unidade e gerente.  | 30 dias.   |

|   |  |  |  |  |  |   |
|---|--|--|--|--|--|---|
| Processo de trabalho da equipe de saúde da família.                                       | Implantação de um fluxograma para captação e atendimento à mulher.   | Aumento na oferta de consultas e atividades educativas. Atendimento responsável, holístico e humanizado.                           | Funcionários capacitados e fluxo de atendimento implantado.  | Cognitivo: elaboração de um fluxo de atendimento à mulher.<br><br>Político: adesão dos profissionais.                                    | Toda a equipe, ginecologista e gerente da unidade.   | 30 dias, logo após a discussão do protocolo de saúde da mulher.   |
| Oferta de coleta de exames insuficientes  | Aumentar a oferta de consultas (médicas e de enfermagem )            | Oferta de consultas compatíveis com o número de mulheres da área de abrangência da equipe.   | Número suficiente de consultas para coleta do exame.   | Organizacional: agenda.<br><br>Político: contratação de profissionais,   | Equipe de saúde: remodelação das agendas. Gerente: solicitar mais um ginecologista.                                  | Imediato, mostrando o elevado número de mulheres das equipes para apenas 01 ginecologista.                    |
| Não adesão do generalista na coleta do papanicolaou.                                      | Inserir o profissional generalista nas consultas de coleta do exame. | Ampliação na oferta de exames e maior envolvimento do generalista nas ações de prevenção de câncer de cólo uterino.                | Médico generalista participando ativamente na coleta do exame papanicolaou.  | Organizacional: agenda.<br><br>Político: adesão do profissional.   | Gerente.   | 30 dias.  |
| Falta de monitoramento sobre periodicidade de realização do exame das mulheres da equipe. | Criar um sistema de monitoramento da realização dos exames.          | Equipe informada sobre a real cobertura do exame papanicolaou, de acordo com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde. | Arquivo rotativo em funcionamento com dados sobre a mulher, sobre os resultados das coletas e sobre data provável da coleta subsequente. | Cognitivo: criação da ficha para o arquivo.<br><br>Organizacional: montagem do arquivo.<br><br>Político: envolvimento dos profissionais. | Enfermeiro, como responsável por montar a ficha e o arquivo. Manutenção do mesmo: enfermeiro e auxiliares da equipe. | 20 dias, podendo a mesma ser apresentada na reunião da equipe para discussão do protocolo de saúde da mulher. |

No plano de ação descrito anteriormente se propõem algumas ações para equipe como:

- Facilidade no agendamento de consultas, podendo o mesmo ser feito pelos agentes comunitários de saúde com as orientações devidas sobre o preparo para a coleta do exame citopatológico de colo uterino.
- Sensibilização dos profissionais que integram a equipe, fazendo uma apresentação da atual cobertura da coleta em comparação com o preconizado pelo Ministério da Saúde.
- Estudo do protocolo municipal de prevenção do câncer cérvico uterino e discussão da sua viabilidade baseado na realidade local. O ginecologista da unidade poderia apresentar o protocolo juntamente com o gerente esclarecendo dúvidas dos profissionais e orientando sobre o fluxo de atendimento global á mulher no município. A equipe apresentaria os dados como: números de mulheres em idade fértil, cobertura do citopatológico, número de gestantes e outros. Juntos: equipe, gerente e ginecologista estudariam a melhor maneira implementar o protocolo dando ênfase especial ao aumento na cobertura do exame citopatológico.
- Treinamento de agentes comunitários de saúde utilizando dinâmicas, brincadeiras e debates, para que estes profissionais possam ser multiplicadores em educação e captadores de mulheres para a realização do exame; dando especial atenção áquelas com maior potencial de risco.
- Inserção do médico generalista na coleta do exame.
- Sensibilização de auxiliares, enfermeiros e médicos para que no momento do atendimento á mulher seja questionado a data do último exame e mediante necessidade seja oferecido uma consulta (médica ou de enfermagem) para a realização do mesmo.
- Desenvolvimento de atividades educativas onde sejam abordados alguns temas como: sexualidade, tabus, medo do exame, fatores de risco para desenvolvimento do câncer e outros. Para a realização destas atividades seria utilizado uma metodologia participativa, com discussões em grupo, realização de dinâmicas, teatros, músicas, colagens e outros. Desta maneira se evitaria uma transmissão verticalizada de conhecimento e permitiria que todas se sentissem como parte essencial na construção conjunta do conhecimento nunca desconsiderando as questões culturais das participantes.
- Criação de um arquivo rotativo das mulheres que colhem prevenção na unidade. Para isto algumas sugestões podem ser consideradas como por exemplo: criação de uma ficha espelho que contenha dados de identificação da mulher, dados básicos de anamnese, exame clínico das mamas e genitália, data e resultado do exame colhido, data provável da próxima coleta. A

criação deste arquivo traria dados relevantes de cobertura para a equipe, organizaria o trabalho dos profissionais e facilitaria a busca ativa de mulheres que porventura não comparecessem no período estabelecido para uma nova coleta.

O caminho a ser percorrido para aumentar a cobertura do exame Papanicolaou e organizar os dados relativos á equipe parece ser longo, mas praticamente todos os passos podem ser dados pela equipe sem depender muito de outras instâncias, sendo necessário iniciar esta caminhada com um passo de cada vez.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE. et. al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores relacionados á não realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer de colo de útero em Pernambuco, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.25, n.2, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> acesso em: 23/02/2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PAISM. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>> Acesso em 23/02/2010.

BOTTARI, C.M.S; VASCONCELOS, M.M; MENDONÇA, M.H.M. Cérvico uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação na atenção básica. Cadernos de Saúde Pública, v.24, n.1, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> acesso em: 28/01/2010.

CRUZ, L.M.B; LOUREIRO, R.P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer de colo de útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão ás campanhas. Revista Saúde e Sociedade, v.17, n.2, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> acesso em: 28/01/2010.

DUAVY. et. al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. Ciência e Saúde Coletiva, v.12, n.3, mai./jun 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> acesso em: 28/01/2010.

HACKENHAAR,A.A; CÉSAR,J.A; DOMINGUES,M.R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, focos e fatores associados à sua não realização. Revista Brasileira de Epidemiologia, v.9, n.1, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> acesso em: 28/01/2010.

Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2010- Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/tabelaestados.asp?UF:MG>> acesso em 23/02/2010.



MARTINS,L.F.L; THULER,L.C.S; VALENTE, J. G. V. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática de literatura. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia: v. 27, n.8: p. 485-492, 2005.

MULLER et. al. Cobertura do Exame Citopatológico do Colo de Útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Caderno de Saúde Publica, v. 24, n. 11: p. 2511-2520, Nov. 2008.

NETO, F. R. G. X; CUNHA, I. C. K. O. Integralidade na Assistência à Mulher na prevenção do câncer cérvico uterino: um estudo de caso. Texto e Contexto – Enfermagem. v.15, n.3. jul./set. 2006.

OLIVEIRA, A. F. P. L. Saúde e Educação: discussão das relações de poder na atenção à saúde de mulher. Interface: comunicação, saúde e educação. v.3, n.4, fev. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> acesso em: 28/01/2010.

OLIVEIRA, M. M; PINTO, I.C. percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo uterino na estratégia da saúde da família em uma distrital de saúde no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.17, n.1, jan./mar 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> acesso em: 28/01/2010.

OLIVEIRA, M. M. H. N, et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luiz, Maranhão. Revista Brasileira, de Epidemiologia, v.9, n. 3, set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> acesso em: 23/02/2010.

PINHO, A. A; JUNIOR, I. F. Prevenção de Colo de útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.3, n.1:p.95-112, mar.2003.

TORRES, M. E. A; RIBEIRO, P. M; MACHADO, C. J. vai lá tira a roupa...e pronto...: o acesso as consultas ginecológicas em Belo Horizonte – Minas Gerais. Revista Brasileira de Estudos de População, v.25, n.1, jan/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>> acesso em: 23/02/2010.