

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

JOSIANE FERNANDES VINDILINO

**PLANO DE AÇÃO PARA INCENTIVAR A ADESÃO DAS MULHERES
AO EXAME GINECOLÓGICO NA ESF DO CENTRO NO MUNICÍPIO
DE SÃO DOMINGOS DO PRATA**

GOVERNADOR VALADARES - MG

2014

JOSIANE FERNANDES VINDILINO

**PLANO DE AÇÃO PARA INCENTIVAR A ADESÃO DAS MULHERES
AO EXAME GINECOLÓGICO NA ESF DO CENTRO NO MUNICÍPIO
DE SÃO DOMINGOS DO PRATA**

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

Orientadora: Professora Daniela Coelho Zazá

GOVERNADOR VALADARES - MG

2014

JOSIANE FERNANDES VINDILINO

**PLANO DE AÇÃO PARA INCENTIVAR A ADESÃO DAS MULHERES
AO EXAME GINECOLÓGICO NA ESF DO CENTRO NO MUNICÍPIO
DE SÃO DOMINGOS DO PRATA**

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

Orientadora: Professora Daniela Coelho Zazá

Banca Examinadora

Prof^a. Daniela Coelho Zazá (Orientadora)

Prof^a. Angela Cristina Labanca de Araújo (PBH)

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter colocado esta oportunidade em minha vida, pela proteção e cuidado em todos os momentos. A todo corpo docente e discente desta especialização em especial minha orientadora Daniela Coelho Zazá pelo aprendizado, paciência, dedicação e competência.

Agradeço ao município de São Domingos do Prata pela oportunidade dos 08 meses trabalhados em especial a coordenadora Raquel Gonçalves, pelo incentivo e motivação de sempre. A toda equipe de Saúde da ESF do Centro pela competência e amor que realizam o trabalho.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para aumentar a adesão das mulheres ao exame ginecológico na área de abrangência da ESF do município de São Domingos do Prata. Foram selecionados os seguintes nós críticos: questões socioculturais; nível de informação; estrutura dos serviços de saúde e processo de trabalho da equipe de saúde. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: a criação de diferentes projetos: “**+ Saúde**” com objetivo de modificar barreiras culturais e estilos de vida; “**Saber +**” para aumentar o nível de informação das mulheres sobre o cuidado com a saúde e como prevenir doenças específicas; “**Cuidar Melhor**” para melhorar a estrutura física e material para o serviço de atendimento as mulheres; e “**Linha de Cuidado**” para a implantação de um fluxograma para atendimento à mulher, além da criação de um sistema de monitoramento da realização dos exames. Acredita-se que com essas medidas será possível aumentar o rastreamento e a prevenção do câncer do colo de útero no município em estudo.

Palavras chave: Exame Papanicolaou, Prevenção do câncer de colo de útero, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The purpose of this study was to develop an action plan to increase the adherence of women to gynecological examination in the covered area by the Family Health Strategy (FHS) of São Domingos do Prata city. In this study we selected the following critical node: sociocultural issues; information level; structure of health services and working process of the healthcare team. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: the creation of different projects: "**+Health**" in order to break down cultural barriers and lifestyles; "**Know +**" to increase the information level of women about health care and how to prevent specific diseases; "**Best Care**" to improve the physical structure and equipment in order to enhance the care service of women; and "**Care Line**" for the implantation of a flowchart to women health care, as well as, the creation of a monitoring system of the exams. It is believed that these strategies will be possible to increase the screening and prevention of cervical cancer.

Keywords: Pap Smears, Cervical cancer prevention, Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Árvore explicativa do problema selecionado	20
Quadro 1	Priorização dos problemas selecionados	18
Quadro 2	Descrição do problema priorizado	19
Quadro 3	Desenho das operações para os “nós críticos” apresentados	21
Quadro 4	Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados.	23
Quadro 5	Propostas de ações para a motivação dos atores	24
Quadro 6	Elaboração do plano operativo	25
Quadro 7	Acompanhamento do plano de ação	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
1.1	Justificativa	10
1.2	Objetivo	10
1.3	Metodologia	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1	O que é o câncer do colo do útero	12
2.2	Epidemiologia do câncer do colo do útero	13
2.3	Exame de Papanicolaou	14
2.4	Atenção Primária a Saúde e câncer do colo do útero	15
3	PLANO DE AÇÃO	17
3.1	Descrição dos Problemas	17
3.2	Priorização dos Problemas	18
3.3	Descrição do problema selecionado	19
3.4	Explicação do problema	19
3.5	Seleção dos nós críticos	20
3.6	Desenho das operações	21
3.7	Identificação de Recursos Críticos	23
3.8	Análise e Viabilização do Plano	23
3.9	Elaboração do Plano Operativo	24
3.10	Gestão do Plano	26
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
	REFERÊNCIAS	29

1. INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2007 concluí a graduação em enfermagem e em janeiro de 2008 iniciei minha carreira profissional em uma instituição asilar como enfermeira assistencial e supervisora. A insegurança do primeiro emprego e a pouca experiência com a área de geriatria me instigou a continuar estudando por conta própria para buscar informações que normalmente não são passadas nos bancos das universidades e desta forma melhorar minha atuação profissional. A convivência com os idosos foi engrandecedora, mas a inquietude e a vontade de crescer fez com que eu me dedicasse aos estudos para tentar concurso público.

Em abril de 2011 prestei o processo seletivo para cidade de São Domingos do Prata e após o anúncio do resultado final fiquei surpresa e orgulhosa por conseguir a classificação. O serviço de saúde no município é oferecido na rede particular, através das clínicas médicas; e na rede pública, através do Hospital Nossa Senhora das Dores, das 6 equipes do Programa Saúde da Família (3 equipes urbanas e 3 equipes rurais) e do Centro de Saúde da cidade.

Iniciei os trabalhos, em julho de 2012, na Equipe de Saúde da Família do centro. A inserção nesse novo campo de trabalho não foi fácil, pois não tinha experiência em saúde da família e tudo era novidade, mas com estudo e dedicação e o apoio da coordenação conseguimos inserir vários projetos que ainda estão em andamento. Dentre os projetos destacam-se os grupos da terceira idade, atividade física e oficina de artes em parceria com o NASF, grupos de hipertensos, diabéticos e puericultura.

A minha inserção no curso de Especialização em atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) ocorreu a partir da participação do processo seletivo para o polo de Governador Valadares, realizado no primeiro semestre de 2012. O CEABSF me proporcionou uma maior proximidade com a realidade de trabalho da equipe e foi de grande importância para uma análise crítica sobre a organização do trabalho da equipe.

No decorrer da realização dos módulos, muitos foram os problemas identificados como relevantes. Entretanto, após a realização do diagnóstico situacional do território de abrangência um dos problemas que me chamou atenção foi que apenas 40% das mulheres inscritas na ESF estavam em dia com o exame ginecológico da forma preconizada pelo Ministério da Saúde. Foi verificado que a

demanda era alta, mas era somente das mulheres que já realizavam o exame todo ano. As mulheres que nunca tinham feito ou que haviam realizado somente uma vez, não procuravam a unidade de saúde.

Torna-se importante destacar que o câncer de colo de útero é considerado um importante problema de saúde pública (LINARD; SILVA; SILVA, 2002).

No Brasil, o rastreamento populacional é recomendado prioritariamente para mulheres de 25 a 64 anos, através do exame de Papanicolaou, com periodicidade de três anos, após dois exames consecutivos normais, no intervalo de um ano (BRASIL, 2006). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para se obter um impacto significativo na mortalidade por câncer do colo do útero a cobertura de rastreamento deve atingir 80% ou mais da população-alvo (WHO, 2002).

1.1 Justificativa

Como o câncer de colo de útero é o segundo mais frequente na população feminina (BRASIL, 2013a) e na ESF do centro do município de São Domingos do Prata apenas 40% das mulheres inscritas estavam em dia com o exame ginecológico (SIAB, 2011), verificou-se a necessidade de elaborar um plano de ação para aumentar a adesão dessas mulheres ao exame ginecológico.

1.2 Objetivo

- Elaborar um plano de ação para aumentar a adesão das mulheres ao exame ginecológico na área de abrangência da ESF do centro do município de São Domingos do Prata.

1.3 Metodologia

O presente estudo será realizado através de uma revisão bibliográfica e posteriormente a elaboração das etapas de um plano de ação para adesão das mulheres ao exame ginecológico, utilizando como referência básica a seção 3/ Elaboração do Plano de ação do módulo Planejamento e Avaliação das Ações de

Saúde do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – CEABSF.

Para elaborar o plano de ação tomaremos como base o diagnóstico situacional, onde identificamos os principais problemas na área de abrangência da equipe através de uma observação ativa da equipe, entrevista com informantes-chaves e dados do SIAB.

Os artigos consultados encontram-se nas bases de dados do Scientific Electronic Library On-line (SCIELO) e Biblioteca virtual de Saúde (BVS) e foram publicados em periódicos brasileiros no período de 2001 a 2012. Os critérios de inclusão: somente publicação em português. Foram utilizados os descritores: exame Papanicolaou, prevenção do câncer de colo de útero e Estratégia Saúde da Família.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O que é o câncer do colo do útero

O câncer é resultante de alterações que determinam um crescimento celular desordenado, não controlado pelo organismo e que compromete tecidos e órgãos (BRASIL, 2002a). A história natural do câncer do colo do útero é descrita como uma afecção iniciada com transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos (BRASIL, 2002a).

O órgão acometido é o útero em uma parte específica, o colo uterino, também denominado cérvix uterina ou cérvix e fica na porção inferior do útero que se localiza dentro da vagina. É formado por camadas de células epiteliais pavimentosas compostas de: uma parte interna – endocérvix ou canal cervical interno, o qual é revestido por um epitélio colunar simples, também conhecido como epitélio glandular e uma parte externa – ectocérvix ou canal cervical externo, revestido por um epitélio escamoso estratificado. A união entre esses dois epitélios forma a junção escamocolunar (JEC) (BRASIL, 2002a).

A JEC pode sofrer variações morfológicas quanto ao canal cervical externo de acordo com fatores hormonais, idade, gravidez e uso de contraceptivos. Quando a JEC é exposta ao meio vaginal, ectópico, seu epitélio colunar passa a ser substituído por epitélio denominado metaplasia escamosa ou displasia. É um epitélio de importante diferenciação, onde se inicia as lesões precursoras do câncer de colo de útero (ZANGIOACOMI, 2010).

As diversas camadas de células epiteliais pavimentosas do colo uterino são dispostas de forma bastante ordenada, entretanto, nas neoplasias intraepiteliais, esta estratificação fica desordenada. Quando essa desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, classificamos de displasia leve ou neoplasia intraepitelial cervical grau I (NIC I). Segundo o Ministério da Saúde aproximadamente 60% das mulheres com NIC I vão apresentar regressão espontânea, 10% evoluir para NIC II e apenas 1% progredir para o câncer invasor. Se a desordenação avança até os três quartos de espessura do epitélio, reservando as camadas mais superficiais, estamos diante de uma displasia moderada ou NIC II. Na NIC III, o desarranjo é observado em todas as camadas (BRASIL, 2002a).

Quando as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, temos o carcinoma invasor, porém para evoluir para o câncer invasor, a lesão não tem que passar por todas as etapas. As lesões de alto grau são consideradas como as verdadeiras precursoras do câncer e, se não tratadas, em boa parte dos casos, evoluirão para o carcinoma invasor do colo do útero (BRASIL, 2002a).

Existem vários fatores associados ao câncer do colo do útero, dentre eles estão: a Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), considerado o principal, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo, baixa condição socioeconômica, imunossupressão, uso prolongado de contraceptivos orais, higiene íntima inadequada (ALBRING; BRENTANO; VARGAS, 2006).

O HPV é um DNA vírus do grupo papovavírus, com mais de 100 tipos reconhecidos atualmente, 20 dos quais podem infectar o trato genital (CASTRO *et al.*, 2004). A infecção é de transmissão frequentemente sexual, apresentando-se na maioria das vezes de forma assintomática ou como lesões subclínicas (inaparentes). As lesões clínicas, quando presentes podem ser planas ou exofíticas, também conhecidas como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo (BRASIL, 2013b).

2.2 Epidemiologia do câncer do colo do útero

O câncer é um problema de saúde pública mundial, sua incidência cresceu 20% na última década e espera-se para 2030, 27 milhões de novos casos. A estimativa para 2014 no Brasil é de 580 mil novos casos, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA). Os mais incidentes são de pele não melanoma (182 mil), próstata (69 mil); mama (57 mil); cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil) e estômago (20 mil) (BRASIL, 2013a).

O câncer do colo do útero faz por ano aproximadamente 4.800 vítimas fatais e apresenta em média 18.500 novos casos. Está em primeiro lugar na região norte (24 casos/100 mil) e em segundo lugar nas regiões centro-oeste (22 casos/100 mil) e nordeste (19 casos/100 mil). Já na região Sudeste (10 casos /100 mil) é o quarto, e na região Sul (16 casos /100 mil), o quinto mais incidente (BRASIL, 2013a).

A concentração de esforços governamentais aliadas à produção acadêmica e a atuação dos profissionais trouxeram melhorias no acesso a

prevenção do câncer do colo do útero em todo o país. Entretanto, ainda se mostra insuficiente como sinalizado nas estimativas de incidência e tendência de mortalidade. Em muitas regiões e situações, o diagnóstico ainda é feito em estágios avançados da patologia (MELO *et al.*, 2012).

2.3 Exame de Papanicolaou

No Brasil, uma das estratégias de prevenção do câncer do colo do útero é através do rastreamento (*screening*) com a realização do exame de Papanicolaou. É um teste efetivo e de baixo custo para rastreio do câncer cérvico-uterino e de suas lesões precursoras (PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003).

O exame de Papanicolaou consiste na coleta e análise de material celular da cérvix uterina (OLIVEIRA; MOURA; DIOGENES, 2010) e tem sido reconhecido mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina, além de ter modificado efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por este câncer (BRASIL, 2006).

O exame de Papanicolaou deve ser disponibilizado às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e às que iniciaram a atividade sexual antes dessa faixa etária (BRASIL, 2011). A periodicidade do exame deve ser de uma vez ao ano, e após dois exames consecutivos negativos, a repetição deve ser a cada três anos (BRASIL, 2011).

A confiabilidade do exame depende de dois fatores: os relacionados à coleta e os relacionados aos procedimentos laboratoriais (SANTOS; MORENO; PEREIRA, 2009).

O procedimento de coleta propriamente dito deve ser realizado na ectocérvice e na endocérvice, usando a espátula de Ayres e a escovinha tipo Campos da Paz. Após a coleta, a fixação deste material na lâmina deve ser imediata (BRASIL, 2002b).

Atingir alta cobertura da população definida como alvo 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 (BRASIL, 2011). O rastreamento, ainda que uma vez na vida, com aplicação de ácido acético pode levar a uma redução de 25% no risco de câncer cervical em países em desenvolvimento (GOLDIE *et al.* 2005 citado por MENDONÇA *et al.*, 2011).

2.4 Atenção Primária a Saúde e câncer do colo do útero

De acordo com o Ministério da Saúde, vários estudos apontam que sistemas direcionados pela Atenção Primária a Saúde (APS) apresentam melhores resultados no que se refere à provisão dos cuidados em saúde, ao alcance de maior equidade e eficiência, à continuidade da atenção e à satisfação dos usuários (BRASIL, 2011).

A APS é definida como:

...um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões coletiva e individual, por meio de ações gerenciais e sanitárias participativas e democráticas, trabalho em equipe, responsabilização sanitária, base territorial e resolução dos problemas de saúde mais frequentes e relevantes em determinado contexto (BRASIL, 2011, p.23).

Na linha de cuidados do câncer o termo prevenção é classificado em níveis primário e secundário. A prevenção primária aborda o período anterior à doença, incluindo medidas inespecíficas de proteção de indivíduos contra riscos e danos. Portanto, a prevenção primária divide-se nas ações de promoção e nas ações de proteção específicas contra fatores de risco para o câncer sendo que a promoção da saúde se relaciona às medidas inespecíficas da prevenção primária, como luta contra o tabagismo, orientações sobre dieta saudável e proteção solar e a proteção específica, refere-se às ações mais diretas, como a vacinação e o exame de Papanicolaou (CESTARI, ZAGO, 2005).

Cestari e Zago (2005) destacam que a prevenção primária é a melhor escolha quando comparada ao diagnóstico ou mesmo ao tratamento do câncer. Os mesmos autores ressaltam ainda que apesar de sermos incapazes de modificar nossa predisposição genética, podemos ter a possibilidade de intervenção para prevenir exposições e os fatores causais do câncer.

O nível secundário da prevenção é o rastreamento (*screening*) do câncer. Entende-se por rastreamento uma avaliação de indivíduos assintomáticos, para classificá-los como candidatos a exames mais refinados de avaliação, com o objetivo de descobrir um câncer oculto ou uma afecção pré-maligna que pode ser curada com tratamento (BRASIL, 2002). Ele está baseado na suposição de que o

diagnóstico precoce do câncer resultará na sua descoberta antes que ocorram metástases fatais.

O rastreamento é factível para diversos tipos de câncer incluindo o de mama, o da cérvix uterina, o de intestino grosso, o de estômago e o melanoma maligno. São exemplos de ações para detecção precoce a colpocitologia, a mamografia e o autoexame da boca (CESTARI; ZAGO, 2005).

O câncer de colo de útero insere no âmbito da saúde da mulher, área considerada estratégica para ações prioritárias no Sistema Único de Saúde (SUS) no nível da atenção primária. As Unidades de Atenção Primária à Saúde são consideradas porta de entrada do usuário no sistema de saúde (MELO *et al.*, 2012).

Na prevenção e controle do câncer do colo do útero, muitas ações são executadas nesse nível de atenção, desde aquelas voltadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), até as direcionadas para a detecção precoce do câncer (BRASIL, 2011).

As ações da equipe da ESF são:

- Informar e esclarecer a população sobre o rastreamento e a detecção do câncer de colo de útero;
- Identificar a população feminina na faixa etária prioritária (25 a 64 anos) e as de risco elevado;
- Convocar as mulheres para a realização do exame de Papanicolaou;
- Identificar as faltosas e traçar estratégias para convocar novamente;
- Receber os laudos e identificar as mulheres com resultados positivos ao rastreamento para realizar a vigilância do caso;
- Orientar e encaminhar as mulheres para unidade secundária;
- Avaliar a cobertura de citologia na área da ESF, como também a qualidade da coleta;
- Planejar e executar ações, na área sob responsabilidade sanitária da equipe, voltadas para a melhoria da cobertura do exame.
- Realizar vigilância dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento.
- Oferecer suporte a pacientes em tratamento curativo ou paliativo.

3 PLANO DE AÇÃO

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi desenvolvido pelo economista chileno Professor Carlos Matus e segundo Toni (2014) o planejamento, visto estrategicamente, não é outra coisa senão a ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos, enquanto pessoas, organizações ou países.

Todo método de planejamento apresenta etapa e uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas. E esses passos devem ser seguidos de forma cronológica para não prejudicar o resultado final do problema diagnosticado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Campos, Faria e Santos (2010, p.18) afirmam que:

Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que procede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos.

3.1 Descrição dos problemas

Através da realização do diagnóstico situacional pelo módulo de Planejamento e Avaliações das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – CEABSF foi possível identificar os problemas da área de abrangência da ESF do centro que permitiu conhecer melhor o ambiente de trabalho e repensar estratégias de melhorias para a unidade e para o atendimento. Com a estimativa rápida foram identificados cinco problemas na área de abrangência:

- Baixo índice de mulheres que realizavam exame Papanicolaou;
- Planejamento familiar ineficaz;
- Falta de área de lazer;
- Falta de apoio e projetos voltados para o jovem;
- Infraestruturas das ruas deficientes.

O número de mulheres que estão em dia com o exame ginecológico é baixo, correspondendo a 40% apenas. De acordo com o SIAB (2011) eram 1438 mulheres e somente 292 realizaram o exame.

Verificamos que a atenção à mulher no Pré-Natal, é satisfatória, uma vez que a maioria das gestantes utiliza o sistema de saúde público para o

acompanhamento pré-natal e, todas as puérperas tiveram seus RN's com peso acima de 2500 gramas, e 66,6% destes estão com aleitamento materno exclusivo (AME). Entretanto, o número de gestantes com idade inferior a 20 anos é significativo, pois corresponde a 17,39% das gestantes, podendo estar associado ao baixo número de atendimentos referentes ao planejamento familiar.

Falta lugar para jovem na cidade, emprego, diálogo dentro da família e iniciativas da administração pública em auxiliar no transporte para os jovens que estudam em outras cidades e escolas com cursos profissionalizantes.

3.2 Priorização dos problemas

Como critérios para seleção dos problemas, a equipe tomou como base as diretrizes segundo Campos, Faria e Santos (2010), ou seja, a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los. Essa seleção é muito importante, uma vez que, dificilmente todos os problemas poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos sejam eles financeiros, humanos, materiais, etc.

Com base nessas informações, os problemas identificados foram analisados e selecionados quanto à prioridade (Quadro 1). Os problemas foram numerados por ordem de prioridade, foram atribuídos valores de “alto, médio ou baixo” para a importância de cada problema, foram distribuídos pontos quanto à urgência e foi definido se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe.

Quadro 1 – Priorização dos problemas selecionados

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixo índice de mulheres que realizavam exame Papanicolaou	Alta	7	Parcial	1
Planejamento familiar ineficaz	Alta	5	Parcial	2
Falta de área de lazer	Alta	5	Fora	3
Falta de apoio e projetos voltados para o jovem	Alta	5	Fora	4
Infraestrutura das ruas deficiente	Alta	5	Fora	5

Fonte: Autoria própria (2014)

3.3 Descrição do problema selecionado

Para apontarmos a dimensão do problema e entender como ele se apresenta na ESF do centro foi necessário descrevê-lo. Esse passo é considerado importante em um plano de ação para afastar qualquer equívoco diante do problema e para obter indicadores que serão utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Por isso o problema selecionado foi o baixo índice de mulheres que realizavam exame Papanicolaou devido ao grau mais alto de importância e urgência em relação aos outros problemas identificados.

Foram selecionados dois indicadores referentes à adesão das mulheres na realização do exame Papanicolaou. Serão avaliados o número de mulheres cadastradas na unidade de saúde e quantos exames realizados no ano. Os descritores foram divididos no Quadro 2.

Quadro 2 – Descrição do problema priorizado

Descritores	Valores	Fontes
Mulheres cadastradas	1438	SIAB
Mulheres 20 a 49 anos	859	SIAB
Mulheres 50 a 59 anos	223	SIAB
Mulheres acima de 60 anos	356	SIAB
Exames Papanicolaou realizado em 2011	292	Registro equipe
Lesão NIC 1	0	Registro equipe
Lesão NIC II e III	1	Registro equipe
Internações por causa	0	Registro equipe
Complicações	0	Registro equipe
Óbitos	0	Registro equipe

3.4 Explicação do problema

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), nessa etapa o objetivo é entender a formação do problema que queremos enfrentar identificando suas causas, pois geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas. No intuito de realizar a explicação do problema foi elaborada uma árvore explicativa do problema selecionado - baixo índice de mulheres que realizavam exame Papanicolaou (Figura 1).

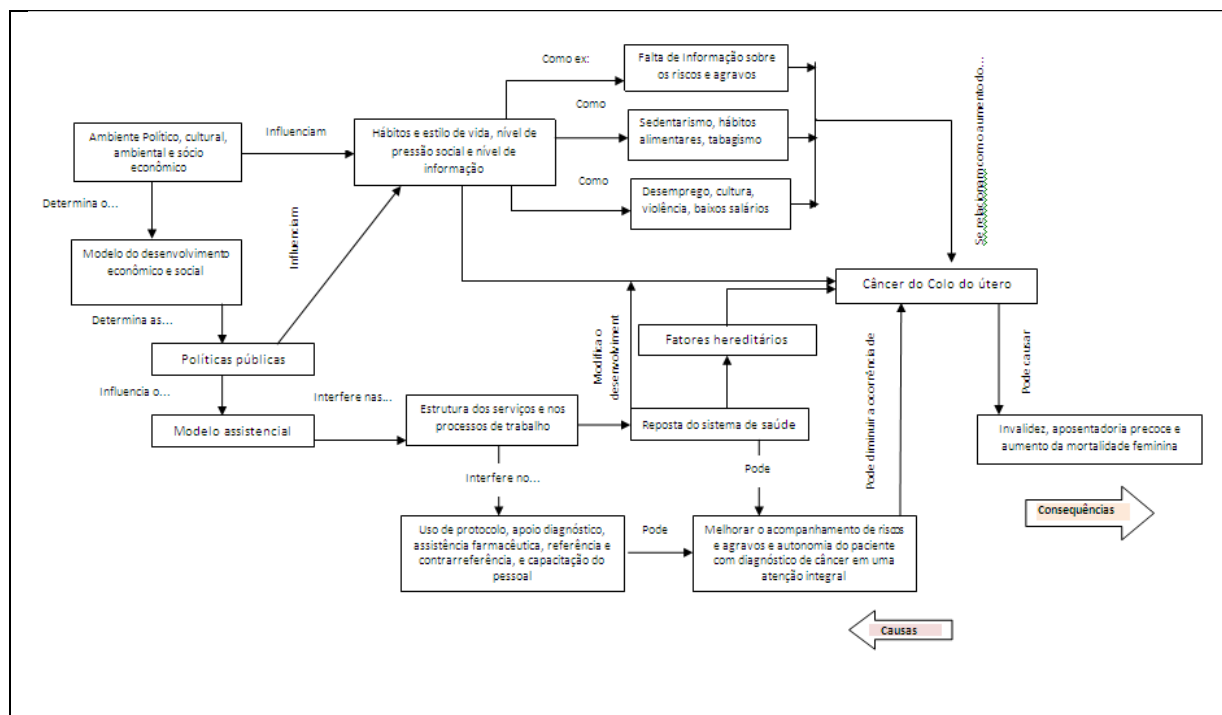


Figura 1 - Árvore explicativa do problema selecionado

Fonte: Autoria própria (2014)

Abaixo estão listadas as possíveis causas relacionadas aos pacientes e à equipe de saúde.

Causas relacionadas aos pacientes:

- Baixa adesão para realizar o exame. Essa baixa adesão pode estar associada às questões socioculturais, escolaridade e baixo o nível de informação sobre a importância do exame.
- Hábitos e estilo de vida.

Causas relacionadas à equipe de saúde:

- Processo de trabalho da equipe que precisa ser modificado; quantidade elevada do número de mulheres; falta de campanhas preventivas; falta de monitoramento da periodicidade da realização dos exames e estrutura do serviço de saúde.

3.5 Seleção dos nós críticos

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar as causas. Ao analisarmos as causas de um problema devemos ser capazes de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas

mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para realizarmos esta análise, utilizamos o conceito de “nó crítico”, que é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Ele traz a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do espaço das variáveis ou recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para implementar o plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Desta forma a ESF do Centro selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido, conforme descrito abaixo:

- Questões socioculturais;
- Nível de informação;
- Estrutura dos serviços de saúde;
- Processo de trabalho da equipe de saúde.

3.6 Desenho das operações

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. A partir dos “nós críticos” identificados, foram propostas as operações/projetos necessárias para sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução. O Quadro 3 apresenta o desenho das operações para os “nós críticos” selecionados.

Quadro 3 - Desenho das operações para os “nós críticos” apresentados

“Nó Crítico”	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
Questões socioculturais	+ Saúde Modificar barreiras culturais, hábitos e estilos de vida	Melhorar a autoestima e minimizar questões culturais, aumentar a participação da mulher em campanhas preventivas, diminuir o número	Participação das mulheres nos grupos operativos do município (onde se discutem vários temas sobre a saúde da mulher e questões culturais) Programa de	Organizacional: para organizar as caminhadas, grupos de dança e as campanhas Cognitivo: buscar conhecimento sobre o tema e formas de estratégias de

		de sedentárias, tabagistas e obesas e diminuir o risco do câncer	caminhada orientada, grupo de danças e campanhas do exame preventivo.	comunicação com a população; Político: espaço já cedido pela prefeitura; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, materiais para as oficinas etc.
Nível de informação	Saber + Aumentar o nível de informação das mulheres, sobre o cuidado com a saúde e como prevenir doenças específicas.	Mulher mais informada sobre a importância da prevenção das doenças específicas.	Avaliação do nível de informação das mulheres sobre o câncer do colo de útero, atividades educativas com a população feminina. Capacitação das ACS para serem multiplicadores.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação intersetorial e mobilização social.
Estrutura dos serviços de saúde	Cuidar Melhor Melhorar a estrutura física e material do serviço para o atendimento das mulheres.	Garantia de material (kit coleta), medicamento para tratar as alterações dos exames, médicos especialistas para atendimento dos encaminhamentos da unidade.	Capacitação de pessoal; melhora da estrutura física; consultas especializadas; compra de medicamentos.	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar fisicamente o serviço; Financeiros: aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos; Cognitivo: elaboração do projeto de adequação.
Processo de trabalho da equipe de saúde.	Linha de Cuidado Implantação de um fluxograma para capacitação e atendimento à mulher. Criar um sistema de monitoramento da realização dos exames	Aumento da oferta de consultas e atividades educativas. Atendimento responsável, holístico e humanizado. Equipe informada sobre a real cobertura do exame Papanicolaou de acordo com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde	Funcionários capacitados e fluxo de atendimento implantado. Arquivo rotativo em funcionamento com dados sobre a mulher, sobre os resultados das coletas e sobre a data provável da coleta subsequente.	Cognitivo: elaboração de fluxo de atendimento à mulher. Político: Adesão dos profissionais.

Fonte: Autoria própria (2014)

3.7 Identificação de recursos críticos

A ESF do Centro identificou como recursos críticos aqueles considerados indispensáveis para execução de uma operação e que não estão disponíveis. Portanto é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos para criar estratégias para viabilizá-los. No Quadro 4 foram identificados os recursos críticos para a execução das operações.

Quadro 4 - Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados

Operação/ Projeto	Recursos críticos
+ Saúde Modificar barreiras culturais, hábitos e estilos de vida.	Cognitivo: buscar conhecimento sobre o tema e formas de estratégias de comunicação com a população; Político: Mobilização social Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, materiais para as oficinas etc.
Saber + Aumentar o nível de informação das mulheres, sobre o cuidado com a saúde e como prevenir doenças específicas.	Organizacional: organização da agenda.
Cuidar Melhor Melhorar a estrutura física e material do serviço para o atendimento das mulheres.	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar fisicamente o serviço.
Linha de Cuidado Implantação de um fluxograma para capacitação e atendimento à mulher.	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Fonte: Autoria própria (2014)

3.8 Análise e viabilização do plano

A análise de viabilidade do plano de ação é explicada no Quadro 5 que demonstra a ideia central de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução de seu plano. Portanto, é importante identificar os atores que controlam os recursos críticos, fazer a análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos e desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos.

Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+ Saúde Modificar barreiras culturais, hábitos e estilos de vida.	Cognitivo: buscar conhecimento sobre o tema e formas de estratégias de comunicação com a população; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, materiais para as oficinas etc. Político: Mobilização social	Profissionais Secretário de Saúde Associações de bairro	Favorável Favorável Favorável	Busca de conhecimento e apresentar o projeto
Saber + Aumentar o nível de informação das mulheres, sobre o cuidado com a saúde e como prevenir doenças específicas.	Organizacional: organização da agenda;	Profissionais	Favorável	Apresentar o projeto
Cuidar Melhor Melhorar a estrutura física e material do serviço para o atendimento das mulheres.	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar fisicamente o serviço;	Prefeito municipal Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar o projeto da estruturação da unidade.
Linha de Cuidado Implantação de um fluxograma para capacitação e atendimento à mulher.	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.	Secretário de Saúde	Favorável	Apresenta o projeto e capacitação constante dos profissionais

Fonte: Autoria própria (2014)

3.9 Elaboração do plano operativo

A elaboração do plano operativo está exemplificada no Quadro 6 e tem como objetivo designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definir os prazos para a execução das operações.

Quadro 6 - Elaboração do plano operativo

Operação/ Projeto	Resultados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
+ Saúde Modificar barreiras culturais e hábitos e estilos de vida.	Melhorar a autoestima e minimizar questões culturais Aumentar a participação da mulher em campanhas preventivas diminuir o número de sedentárias, tabagistas e obesas e diminuir o risco do câncer	Participação das mulheres nos grupos operativos do município (onde se discutem vários temas sobre a saúde da mulher e questões culturais) Programa de caminhada orientada, grupo de danças e campanhas do exame preventivo	Busca de conhecimento e apresentar o projeto	Toda equipe de saúde deverá se engajar na divulgação dos grupos operativos já existentes Equipe de profissionais de Educação Física do NASF com as ACS da unidade	Imediato após a apresentação do plano para equipe 3 meses para o início das atividade e programar nova campanha de preventivo.
Saber + Aumentar o nível de informação das mulheres, sobre o cuidado com a saúde e como prevenir doenças específicas.	Mulher mais informada sobre a importância da prevenção das doenças específicas.	Avaliação do nível de informação das mulheres sobre o câncer do colo de útero, atividades educativas com a população feminina. Capacitação das ACS para serem multiplicadores.		Treinamento dos ACS e técnicos de enfermagem Toda equipe envolvida nas atividades com as mulheres	1x por semana por 30 dias treinamento 60 dias de atividades com as mulheres
Cuidar Melhor Melhorar a estrutura física e material do serviço para o atendimento das mulheres.	Garantia de material (kit coleta), medicamento para tratar as alterações dos exames, médicos especialistas para atendimento dos encaminhamentos da unidade.	Capacitação de pessoal; melhora da estrutura física; contratação de compra de kits para exames e consultas especializadas; compra de medicamentos.	Apresentar o projeto Apresentar o projeto da estruturação da unidade.	Enfermeira Josiane Prefeito Municipal – Fernando Rolla, secretária de saúde: Maria da Luz e coordenadora dos PSF's: Raquel Gonçalves	2 meses para capacitar; Um mês para inauguração da nova unidade (já em fase de acabamento); quatro meses para compra dos equipamentos e estruturar a nova unidade; 2 meses para compra de kits e medicamento
Linha de Cuidado Implantação de um fluxograma para capacitação e atendimento à mulher. Criar um sistema de monitoramento da realização	Aumento da oferta de consultas e atividades educativas. Atendimento responsável, holístico e humanizado. Equipe informada sobre a real cobertura do exame	Funcionários capacitados e fluxo de atendimento implantado. Arquivo rotativo em funcionamento com dados sobre a mulher, sobre os resultados das coletas e sobre a data provável da coleta	Apresentar o projeto e capacitação constante dos profissionais	Toda a equipe Enfermeira Josiane: responsável por montar a ficha e o arquivo: ACS e técnicos manter o fichário	30 dias logo após a discussão sobre a linha de cuidados da mulher Podendo ser apresentado na reunião mensal o protocolo da mulher e

dos exames	Papanicolaou de acordo com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde	subseqüente.		atualizado	como preencher e manter a ficha atualizada
------------	---------------------------------------------------------------------------------	--------------	--	------------	--------------------------------------------

Fonte: Autoria própria (2014)

3.10 Gestão do plano

O Quadro 07 exemplifica o plano operativo da ESF Centro que engloba a gestão do plano que significa desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir/definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 7 - Acompanhamento do plano de ação

Operação/ Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
+ Saúde Modificar barreiras culturais e hábitos e estilos de vida.	Participação das mulheres nos grupos operativos do município (onde se discutem vários temas sobre a saúde da mulher e questões culturais). Programa de caminhada orientada, grupo de danças e campanhas do exame preventivo.	Toda equipe de saúde deverá se engajar na divulgação dos grupos operativos já existentes Equipe de profissionais de Educação Física do NASF com as ACS da unidade	Três meses	Implantado em todas as áreas Ainda em discussão para melhor estratégia		
Saber + Aumentar o nível de informação das mulheres, sobre o cuidado com a saúde e como prevenir doenças específicas.	Avaliação do nível de informação das mulheres sobre o câncer do colo de útero, Atividades educativas com a população feminina. Capacitação das ACS para serem multiplicadores.	Treinamento dos ACS e técnicos de enfermagem Toda equipe envolvida nas atividades com as mulheres	Um mês Dois meses	Implantado Implantado		
Cuidar Melhor	Capacitação de		Dois meses	Implantado		

Melhorar a estrutura física e material do serviço para o atendimento das mulheres.	pessoal; melhora da estrutura física; contratação de compra de kits para exames e consultas especializadas; compra de medicamentos.	Enfermeira Josiane Prefeito municipal – Fernando Rolla, secretária de saúde: Maria da Luz e coordenadora dos PSF's: Raquel Gonçalves	para capacitar; Um mês para inauguração da nova unidade (já em fase de acabamento) ; quatro meses para compra dos equipamentos e estruturar a nova unidade; 2 meses para compra de kits e medicamento	Inaugurada a unidade em agosto 2012		
Linha de Cuidado Implantação de um fluxograma para capacitação e atendimento à mulher. Criar um sistema de monitoramento da realização dos exames	Funcionários capacitados e fluxo de atendimento implantado Arquivo rotativo em funcionamento com dados sobre a mulher, sobre os resultados das coletas e sobre a data provável da coleta subsequente.	Toda a equipe Enfermeira Josiane: responsável por montar a ficha e o arquivo: ACS e técnicos manter o fichário atualizado	um mês	Implantado		

Fonte: Autoria própria (2014)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do diagnóstico situacional da unidade de saúde do Centro foi possível perceber que apenas 40% das mulheres inscritas na ESF estavam em dia com o exame ginecológico da forma preconizada pelo Ministério da Saúde.

Atender as necessidades da realidade dessas mulheres significa aproximar-se da transformação social do comportamento em relação à prevenção. E essa transformação só é possível através da modificação do modo de vida.

Baseando-se nos possíveis motivos que influenciam as mulheres a não realizarem o exame preventivo do câncer de colo uterino foram desenvolvidas ações educativas para aumentar o rastreamento e a prevenção do câncer do colo de útero. Torna-se importante enfatizar que uma atuação da equipe com envolvimento e respeito é extremamente importante para um vínculo duradouro dessas mulheres.

Com as ações educativas, implantação da nova unidade com espaço próprio para os grupos operativos e sala de exame e a implantação do fluxo de capacitação ao atendimento e acolhimento às mulheres e monitoramento da realização dos exames, acredita-se que será possível aumentar o rastreamento e a prevenção do câncer do colo de útero de forma eficaz, sendo um benefício não só para as mulheres, mas também para o município.

REFERÊNCIAS

ALBRING, L.; BRENTANO, J.E.; VARGAS, V.R.A. O câncer do colo do útero, o Papilomavírus Humano (HPV) e seus fatores de risco e as mulheres indígenas Guarani: estudo de revisão. **RBAC**, v. 38, n.2, p. 87-90, 2006.

BRASIL Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa 2013: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: 2013a. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/MinSaude/estimativa-cancer2014>>. Acesso em: 03 dez. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre Câncer de Colo de Útero**. Rio de Janeiro. INCA, 2002a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca./falando_cancer_colo_uterio.pdf>. Acesso em: 13 de nov. de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção do câncer do colo do útero. Manual técnico. Profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº13 – **Controle dos Cânceres do colo de útero e mama**. 2ª edição. Brasília, 2013b. 124p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2006. 65 p.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. – 2º Ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010, 114p.

CASTRO, T.M.P.G. *et al.* Manifestações orais associada ao papilomavírus humano (hpv) conceitos atuais: revisão bibliográfica. **Rev. bras. otorrinolaringol.** v.70, n.4, p. 546-550, 2004.

CESTARI, M.E.W.; ZAGO, M.M.F. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **Rev. bras. enferm.** v.58, n.2, p. 218-221, 2005.

GOLDIE, S.J. *et al.* Cost-effectiveness of cervical cancer screening in five developing countries. *N Engl J Med.* v.353, n.20, p.2158-68, 2005 In: MENDONÇA, F.A.C. *et al.* Prevenção do câncer de colo uterino: adesão de enfermeiros e usuárias da atenção primária. **Revista Rene.** V.12, n.2, p.261-270, 2011.

LINARD, A.G.; SILVA, F.A.D.; SILVA, R.M. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino - percepção de como enfrentam a realidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.48, n.4, p.493-498, 2002.

MELO, M.C.S.C. *et al.* O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 58, n.3, p.389-398, 2012.

OLIVEIRA, N.C.; MOURA, E.R.F.; DIOGENES, M.A.R. Desempenho de enfermeiras na coleta de material cervico uterino para exame de Papanicolaou. **Acta paul. enferm.** v.23, n.3, p. 385-391, 2010.

PINHO, A.A.; FRANCA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v.3, n.1, p. 95-112, 2003.

SANTOS, M.L.; MORENO, M.S.; PEREIRA, V.M. Exame de Papanicolaou: qualidade do esfregaço realizado por alunos de enfermagem. **Revista brasileira de cancerologia.** v.55, n.1, p.19-25, 2009.

SIAB – **Sistema de Informação da Atenção Básica 2011.** São Domingos do Prata. Governador Valadares, 2011.

TONI, J. **O que é o Planejamento Estratégico Situacional?** Revista Espaço Acadêmico- nº 32 - Janeiro/2004 – Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm>. Acesso em: 4 de dez. de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes - policies and managerial guidelines.** 2 ed. Geneva - WHO, 2002.

ZANGIACOMI, A.J. **Perfil das mulheres submetidas ao exame cérvico-uterino do PSF Alvorada de Itaobim:** contribuições para a organização do processo de trabalho. Itaobim, MG, 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. 56f.