

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

**TATIANA KOURY DEL PELOSO**

**PLANO DE AÇÃO PARA AMPLIAR A COBERTURA DO EXAME  
CITOPATOLÓGICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
CARAPINA II**

**GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS**

**2014**

**TATIANA KOURY DEL PELOSO**

**PLANO DE AÇÃO PARA AMPLIAR A COBERTURA DO EXAME  
CITOPATOLÓGICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
CARAPINA II**

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: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**GOVERNADOR VALADARES-MINAS GERAIS  
2014**

**TATIANA KOURY DEL PELOSO**

**PLANO DE AÇÃO PARA AMPLIAR A COBERTURA DO EXAME  
CITOPATOLÓGICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
CARAPINA II**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte 26/05/2014

## **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, por ter assumido a orientação deste trabalho, pela presteza no auxílio e valiosas contribuições ao longo da execução do mesmo.

À minha família, parceiros pacientes em relação a minha ausência,

À meu namorado, que entendeu a necessidade da minha ausência durante encontros presenciais.

## RESUMO

O câncer do colo do útero se configura como um problema de saúde pública no país. Ele é o terceiro tipo de câncer mais comum entre a população feminina. Essa neoplasia pode ser detectada de forma precoce através do exame Papanicolaou. Dentre os cenários de assistência à saúde, a Estratégia Saúde a Família é um cenário privilegiado para seu controle. Entretanto, a realidade percebida na Estratégia Saúde da Família Carapina II, mostra o baixo índice de mulheres aderentes ao exame preventivo. Assim, o objetivo deste estudo foi o de elaborar um projeto de intervenção visando aumentar o número de exames Papanicolaou realizados entre as mulheres de 25 a 64 anos cadastradas na Estratégia Saúde da Família Carapina II, do município de Governador Valadares-Minas Gerais. Para a fundamentação teórica deste trabalho foi realizada busca de bibliografia indexada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no SciELO, com os descritores: esfregaço vaginal, neoplasias do colo do útero e teste de Papanicolaou. Para o plano de ação utilizou-se como referência a Seção 3/Elaboração do Plano de Ação do módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde. Espera-se que ao executar o plano de intervenção o acesso da mulher ao serviço de saúde se torne facilitado e os membros da equipe de saúde possam aperfeiçoar o senso de responsabilidade em relação ao exame preventivo do câncer do colo do útero

**Palavras chave:** Esfregaço vaginal. Neoplasias do colo do útero. Teste de Papanicolaou

## **ABSTRACT**

Cancer of the cervix is configured as a public health problem in the country. He is the third most common type of cancer among women. This cancer can be detected early on through pap smears. Among the scenarios of health care to the Family Health Strategy is an ideal scenario for its control. However, the perceived Health Strategy Carapina II family, reality shows the low level of women adherent to screening test. Thus the aim of this study was to develop an intervention project aimed at increasing the number of Pap smears among women 25 to 64 years enrolled in the Family Health Strategy Carapina II, the city of Governador Valadares, Minas Gerais. For the theoretical foundation of this work search indexed bibliography in the Virtual Health Library ( VHL ) SciELO was performed using the keywords : vaginal smear , cervical cancer and Pap test To the plan of action used as reference to Section 3 / Preparation of the Plan of Action of the Planning and Evaluation of health module of the Shares is expected to perform the intervention plan women access to health services will become easier and the team members health can improve the sense of responsibility in relation to preventive screening for cancer of the cervix.

**Keywords:** Vaginal smear. Cervical cancer. Pap test.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	8
2	JUSTIFICATIVA .....	Error! Bookmark not defined.
3	OBJETIVOS .....	Error! Bookmark not defined.
4	METODOLOGIA.....	Error! Bookmark not defined.
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	Error! Bookmark not defined.
6	PLANO DE AÇÃO:Uma proposta.....	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	Error! Bookmark not defined.1
	REFERÊNCIAS.....	Error! Bookmark not defined.

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer do 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 citopatológico de Papanicolaou (HATCH; FUI, 1998).

O exame de Papanicolaou foi implantado no Brasil desde 1940 sendo realizado por médicos e enfermeiros. É altamente recomendado por organizações nacionais e internacionais visto ser de baixo custo, rápido, indolor, de fácil execução, inclusive nos níveis básicos de saúde (SILVA *et al.*, 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano (WHO, 2008).

O grupo de risco compreende as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, mas nada impede que o exame seja feito nas outras idades, com exceção daquelas que não iniciaram a vida sexual e as que se submeteram à histerectomia total (BRASIL, 2013).

Segundo a Organização de Mundial de Saúde (WHO, 2010), a realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero. O Ministério da Saúde ressalta que o câncer do colo do útero é prevenível pela detecção e pelo tratamento das lesões precursoras que antecedem, em muitos anos, o câncer (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde enfatiza que ações de promoção e prevenção ocorrem, sobremaneira, na atenção básica, que está mais próxima do cotidiano das mulheres e as acompanha ao longo da sua vida. As abordagens educativas devem estar

presente no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos ou individuais de consulta (BRASIL, 2013).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

Na Estratégia Saúde da Família Carapina II, na cidade de Governador Valadares-MG e de acordo com o diagnóstico situacional realizado como atividade do Módulo de Planejamento e avaliação em ações em saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) dados do SIAB e levantamento de informações em prontuários, confirmou-se que a adesão ao exame preventivo do câncer do colo do útero é pequena.

O Alto do carapina encontra-se localizado sobre as encostas de uma colina que se eleva sobre a planície do Rio Doce e se desenvolveu a partir de uma polêmica política de expansão territorial, praticada pela prefeitura local no início dos anos 50. 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 – Carnapina. A maior parte da população é considerada como classe baixa, existindo fração considerável que vive em extrema pobreza - renda per capita familiar igual ou inferior a R\$ 70,00 reais mensal, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) - caracterizando-se por ser bastante humilde e acolhedora, com verdadeiro apreço pela unidade de Saúde Carapina II, fruto de anos de luta das associações.

A Estratégia Saúde da família (ESF) Carapina II foi inaugurada em 2003, funcionando em espaço cedido pela Igreja. O estabelecimento ocupa duas unidades, a ESF Carapina II e a ESF Santa Efigênia. A unidade possui uma área de abrangência de 974 famílias e aproximadamente 3.500 usuários cadastrados que se

dividem em seis microareas. A equipe é formada por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde, 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 SIAB (2013) mostram que a unidade possui 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 possui 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 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, 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, de acordo com o apresentado no quadro 1

Quadro 1 - Exames preventivos realizados em 2012, na ESF Carapina II, cidade de Governador Valadares – Minas Gerais.

Meses/ quantitativo de mulheres que fizeram o preventivo												
Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul.	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
8	31	15	21	15	27	12	19	20	21	17	15	221

Fonte: Sistema de Informação da Atenção (2012).

Nota-se que o maior número de exames efetivados foi no mês de fevereiro de 2012 com 31 exames realizados e o menor número em Janeiro, com apenas 8 exames.

No ano de 2013, a quantidade de exames continuou em declínio. É perceptível a redução do comparecimento aos exames preventivos feitos no 1º semestre de 2012 com os realizados no mesmo período de 2013, conforme explicitado no quadro 2.

Quadro 2 - Exames preventivos realizados no primeiro semestre de 2012 e 2013 na ESF Carapina II, cidade de Governador Valadares – Minas Gerais.

Anos/meses/exames preventivos realizados								
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Total
2012	8	31	15	21	15	27	12	129
2013	4	14	27	5	11	16	21	98

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (2012 e 2013).

Em 2013, apenas nos meses de março e julho, o quantitativo de exames preventivos realizados foi superior a 2012.

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, possibilita a redução, em média, de 60 a 90% da incidência do câncer cervical invasivo (WHO, 2002).

## 2 JUSTIFICATIVA

No contexto de Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde instituiu quatro compromissos prioritários (Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011), entre eles o fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero justificam 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.

O Ministério da Saúde ressalta, também, que é de responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle do câncer do colo do útero que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos (BRASIL, 2013).

Entre as ações desenvolvidas pela ESF Carapina II, destaca-se o controle do câncer do colo de útero. A unidade oferta semanalmente, por meio da enfermeira, a coleta do exame preventivo. Entretanto, no ano de 2012, 15% das usuárias realizaram o exame, significando a não adesão das mulheres a essa medida preventiva. Justifica-se, portanto a implantação de um plano de ação com vistas a aumentar o número de aderentes ao exame.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção visando aumentar o número de exames Papanicolaou realizados entre as mulheres de 25 a 64 anos cadastradas na Estratégia Saúde da Família Carapina II, do município de Governador Valadares-Minas Gerais.

## 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.

Para a fundamentação teórica deste trabalho foi realizada busca de bibliografia indexada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), de material publicado no período de 1996 a 2013, além de procura no acervo da biblioteca da Universidade Federal de Minas Gerais, (UFMG). Os descritores utilizados para levantamento do material bibliográfico foram: esfregaço vaginal, neoplasias do colo do útero e teste de Papanicolaou.

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.

Registra-se que para a elaboração do plano de ação no enfrentamento do problema cobertura do exame citopatológico, utilizou-se como referência a Seção 3/ Elaboração do Plano de Ação do módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – CEABSF.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Dentre os diversos tipos de neoplasias que acometem a mulher, o câncer do colo do útero 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).

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 Ministério da Saúde registrou em 2012, 17.540 casos novos de câncer do colo do útero (BRASIL 2012). Para o ano de 2014, são esperados 15.590 casos novos da doença no Brasil (INCA 2014).

Silva e Soares (2010) afirmam que esta problemática se torna inquietante, quando consideram que a detecção precoce do câncer cérvico uterino pode ocorrer através de método tecnicamente simples e de baixo custo como é o exame de Papanicolaou. Este é também conhecido como citologia oncótica, exame citológico, exame de lâmina, exame citopatológico, citologia cervicovaginal ou simplesmente exame preventivo.

O exame Papanicolaou, criado em 1940 pelo Doutor Georgios Papanicolaou, é considerado um sucesso devido ao fácil acesso ao colo uterino e às suas características morfológicas e funcionais tornando possível a identificação precoce das neoplasias cervicais (PESSINI; SILVEIRA, 2000).

O Ministério da Saúde ressalta que o câncer de colo uterino é uma das raras moléstias malignas curáveis em 100% dos casos, quando diagnosticada

precocemente através do exame de Papanicolaou. A coleta do material pode ser realizada em consulta ginecológica com médico ou com o enfermeiro (BRASIL, 2002)

No exame de Papanicolaou são colhidas células da ectocérvice com a espátula de Ayre e da endocérvice com a escova cervical, após a introdução do espéculo e exposição do colo uterino. O material é colocado em lâmina transparente de vidro com uma parte fosca e identificado com dados da mulher. Logo após a coleta é feita a fixação do esfregaço com álcool a 96% ou com spray de polietilenoglicol. A lâmina é acondicionada em um tubete e encaminhada ao laboratório, onde é corada e levada ao microscópio para identificação de células esfoliadas, atípicas, malignas ou pré-malignas (BRASIL, 2013).

Apesar de o preventivo ser considerado de simples execução, o profissional deve realizar a consulta ginecológica de forma adequada e humanizada, assistindo a mulher como um todo e, através da comunicação, criar uma condição favorável para o exame, esclarecendo tabus, preconceito e mitos (GURGEL *et al.*, 2006). Essa relação intersubjetiva, de trocas e de busca de confiança entre profissional e usuária tem a intenção de reduzir não só a vergonha, a ansiedade, o medo e a tensão antes, durante e após a realização da coleta do material, bem como criar laços e espaços para que a mulher retorne à consulta para receber o resultado. Dessa forma, fortalece-se o vínculo entre profissional-cliente e, por conseguinte, aumenta a adesão ao exame.

De acordo com Carvalho (2000) as lesões iniciais pré-invasivas do câncer de colo uterino não apresentam qualquer sintomatologia específica no seu desenvolvimento e seu diagnóstico, normalmente, é feito a partir da coleta de citologia oncológica.

Ainda Carvalho (2000) ressalta que os sintomas específicos do câncer do colo uterino só sobrevivem quando o tumor invade o estroma cervical, ocasionando sangramentos e infecções bacterianas secundárias, com corrimento aquoso de odor fétido. Ocorre metástase para os tecidos vizinhos e para a via linfática, ocasionando

edema em membros inferiores, dor na região hipogástrica e sangramento após a relação sexual.

Segundo Greenwood, Machado e Sampaio (2006) os fatores de risco para esse tipo de câncer são bem conhecidos: início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, desnutrição, infecção pelo Papiloma Virus Humano (HPV), fatores ambientais e hábitos de vida, tais como baixa condição socioeconômica, tabagismo, maus hábitos de higiene e uso prolongado de contraceptivos orais.

Apesar de o Brasil ter sido um dos pioneiros na introdução do exame de Papanicolaou, o percentual de mulheres beneficiadas ainda é muito reduzido, tendo em vista que sua cobertura não ultrapassa 8% das mesmas com idade superior a 20 anos. Esta realidade fere as recomendações da Organização Mundial de Saúde, onde estabelece uma cobertura de 85% da população feminina de risco, obtendo-se dessa forma, um impacto epidemiológico com redução das taxas de mortalidade em até 90% (INCA, 1996).

De acordo com Ramos *et al.*, (2006) estimativas apresentam que aproximadamente 40% das mulheres brasileiras nunca foram submetidas ao exame preventivo. Segundo Amorim *et al.*, (2006) dentre as razões para esta baixa adesão estão: a dificuldade em acessar os serviços de saúde, a natureza do exame que envolve a exposição genitália, motivo de desconforto emocional para algumas mulheres em virtude de pudores e tabus, além das condições socioeconômicas e da falta de conhecimento sobre o câncer ginecológico.

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer, no ano de 2012, Minas Gerais apresentou um total de 4.878.204 mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos e apenas 970,268 exames realizados. O mesmo estudo realizado na cidade de Governador Valadares apresentou 66.991 mulheres na mesma faixa etária e apenas 11.576 exames preventivos (INCA, 2012).

Ribeiro *et al.*, (2013) relatam que a cobertura para o exame citopatológico do colo do útero tem aumentado, mas, em contrapartida, a incidência do CCU continua

elevada, podendo inferir que o foco das ações de rastreamento está ineficiente. Por outro lado, as mulheres mais vulneráveis são as que menos procuram e fazem o preventivo e quando o fazem, fazem-no com intervalos grandes entre um e outro, cuja periodicidade não atende às recomendações do Ministério da Saúde.

Brunner e Suddarth (2005) afirmam que, se as mulheres compreenderem a importância do exame ginecológico preventivo para a sua saúde, e este não for considerado simplesmente como um exame desconfortável e embaraçoso, as taxas de detecção precoce melhorariam indubitavelmente e vidas seriam salvas.

Para Souza e Borba (2008) a atenção básica é a porta de entrada preferencial no Sistema Único de Saúde. Esse sistema, hierarquizado e regionalizado propõe assistência integral aos usuários e cabe à equipe de Saúde da Família, a realização de atividades de educação e promoção à saúde, prevenção, tratamento, reabilitação, estabelecendo vínculos claros de compromissos e de corresponsabilidade com a população acerca de sua própria saúde.

Os autores enfatizam que cabe ao profissional de saúde a implantação de estratégias de sensibilização e o incentivo à prática rotineira do exame citológico do colo uterino entre as mulheres. Assim, devem-se desenvolver atividades que promovam a saúde com implantação de medidas preventivas, considerando crença, valores, posição sociocultural, política e econômica, disponibilidade das mulheres e também acesso ao serviço de saúde.

## **6 PLANO DE AÇÃO: Uma proposta**

Conforme Campos, Faria e Santos (2010) o plano de ação é um conjunto de projetos feitos para a intervenção dos problemas identificados e que possam ser gerenciados pela equipe. Nessa perspectiva, constitui-se na forma mais adequada de desenvolver estratégias para o enfrentamento do problema selecionado.

Esses mesmos autores afirmam que todo método de planejamento apresenta etapas com uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas que devem ser seguidas de forma cronológica para que não prejudiquem o resultado do problema diagnosticado.

A elaboração do Plano de ação deve seguir os seguintes passos:

- 1) Definição do problema;
- 2) Priorização do problema;
- 3) Descrição do problema selecionado;
- 4) Explicação do problema;
- 5) Seleção dos nós críticos;
- 6) Desenho das operações;
- 7) Identificação dos recursos críticos;
- 8) Análise de viabilidade do plano;
- 9) Elaboração do plano operativo;
- 10) Gestão do plano (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

### **6.1 Definição do problema**

Com a elaboração do Diagnóstico Situacional, realização de entrevistas 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 citopatológicos.

## **6.2 Priorização do problema**

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.

## **6.3 Descrição do problema priorizado**

Para se ter ideia da dimensão do baixo número de exames preventivos realizados na ESF Carapina II, no ano de 2012, 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.

## **6.4 Explicação do problema**

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.

## **6.5 Seleção dos nós críticos**

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.

### Quadro 3 – Identificação dos nós críticos relacionados ao problema

Problema	Nós Críticos
Baixo índice do número de exames citopatológico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de capacitação para a equipe da ESF Carapina II.</li> <li>- Falta de informação às usuárias sobre a importância do exame preventivo.</li> <li>- Indisponibilidade de horários flexíveis para coleta do exame preventivo.</li> <li>- Monitoramento e acompanhamento ineficaz.</li> </ul>

### 6.6 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.

### Quadro 4- Desenho de operações para os nós críticos relacionados ao problema

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Ausência de capacitação para a equipe ESF Carapina II	<b>Despertar</b> Sensibilizar/capacitar os integrantes da equipe sobre o exame citopatológico	Funcionários capacitados sendo multiplicadores de conhecimentos	Reuniões/capacitações com os Funcionários	<i>Organizacional</i> : organizar agenda de trabalho incluindo capacitações, produzir material explicativo

	do colo do útero			<p><i>Cognitivo:</i> conhecimento sobre o tema e estratégias pedagógicas</p> <p><i>Político:</i> Espaço para capacitação</p> <p><i>Financeiro:</i> aquisição de material usado para capacitação e compra de lanche para intervalo de capacitação</p>
Falta de informação aos usuários sobre a importância do exame preventivo.	<p><b>Saber Agora</b></p> <p>Aumentar o nível de informação da comunidade sobre o exame preventivo</p>	Comunidade mais informada sobre a importância do exame preventivo	<p>Grupos de educação em saúde,</p> <p>Visita domiciliar</p> <p>Consultas médicas/</p> <p>Enfermagem</p>	<p><i>Organizacional</i> : programar/organizar grupos e agenda de atendimento e produzir material educativo</p> <p><i>Cognitivo:</i> Informação sobre o tema e estratégias de comunicação</p> <p><i>Financeiro:</i> aquisição de material usado na produção de folhetos, cartazes, folder</p> <p><i>Político:</i> Articulação intersetorial ( comunidade, grupos,</p>

				associações) e mobilização da comunidade.
Indisponibilidade de horários flexíveis para coleta do exame	<b>Flexibilidade</b> Proporcionar as mulheres maior flexibilidade de horários/dias para coleta do exame	Maior 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	<i>Organizacional</i> : organizar a agenda de trabalho  <i>Financeiro</i> : profissional médico/ enfermagem disponível para realizar exame em diferentes horários/dias, sala específica para coleta do preventivo.
Monitoramento e acompanhamento ineficaz	<b>Mais acompanhamento</b> Realizar levantamento de dados das mulheres sobre o exame preventivo	Formular Arquivo Rotativo para melhor acompanhamento	Levantar dados de todas as mulheres através de entrevistas/prontuário sobre o exame preventivo.  Agendamento para o exame.  Busca ativa	<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

### 6.7 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.

#### **Quadro 5 – Identificação dos Recursos Críticos:**

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

#### **6.8 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).

#### Quadro 6 - Análise de viabilidade do Plano

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla Motivação		
<b>Despertar</b>	<i>Financeiro:</i> Aquisição de recursos audiovisuais para capacitação.	Coordenação de Enfermagem	Favorável	Apresentar plano de ação
	<i>Cognitivo:</i> Conhecimento sobre o tema e estratégias pedagógicas	Ator que planeja	Favorável	Não é necessário
<b>Saber Agora</b>	<i>Financeiro:</i> Recursos para estruturação do grupo; panfletos, cartazes folder etc	Centro Viva Vida/Coordenação de Enfermagem	Favorável	Apresentar plano de ação
	<i>Cognitivo:</i> Informação sobre o tema e estratégias de comunicação	Ator que Planeja	Favorável	Não é necessário
<b>Flexibilidade</b>	<i>Financeiro:</i> Maior disponibilidade do profissional para realização do exame – hora extra/ contratação de outro	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar plano de ação

	profissional			
<b>Mais acompanhamento</b>	<p><i>Organizacional:</i> Organizar agenda/cronograma com ACS e capacitá-las para realizar levantamento de dados sobre o exame.</p> <p><i>Financeiro:</i> Conseguir fichas/impressos para realizar arquivo rotativo</p>	<p>Ator que Planeja</p> <p>Coordenação de Enfermagem</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p> <p>Não é necessário</p>

### 6.9 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.

#### Quadro 7 – 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>Despertar</b>	Funcionários capacitados sendo multiplicados	Reuniões/capacitações com os funcionários	Agendar reuniões, Providenciar material Educativo	Médico Enfermeiro	15 dias

	conhecimen tos				
<b>Saber Agora</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/enfe rmagem	Enfermeiro  NASF	Contínuo
<b>Flexibilida- De</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>Mais acompa- nhamento</b>	Formular Arquivo Rotativo	Levantar dados das mulheres através de entrevistas/pro ntuário sobre o exame preventivo.	Providenciar fichas para arquivo rotativo,  Realizar levantamento de informações sobre o exame preventivo  Intensificar Visita domiciliar  Acompanhar	Enfermeiro  ACS	60 dias

			estado de saúde da paciente e assuidade ao exame		
			Agendar consulta médica/enfer magem		

### 6.10 - Gestão do plano Operativo

Nesta etapa, deve-se desenhar um modelo de gestão para o plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. É nessa fase que se desenvolverão meios de coordenar e acompanhar a evolução/ prazo da execução das operações, indicando correções caso necessárias. Esse sistema de gestão deve permitir a adequada utilização dos recursos, promovendo a comunicação além do incentivo entre os planejadores e executores.

Assim, pretende-se em reunião com toda a equipe de saúde propor ações que levem ao acompanhamento de cada etapa a ser implementada e correção dos possíveis pontos frágeis e melhorias nos que estiverem apontando resultados positivos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu à equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família Carapina II conhecer a realidade sobre do número de exames preventivos do câncer do colo do útero que são realizados. Este quadro local não se difere da realidade brasileira, em que predomina o número de mulheres não aderentes ao exame.

A prevenção e controle do câncer do colo do útero é um relevante problema de saúde pública ao se considerar a alta taxa de mortalidade perante a probabilidade de cura, ao ser diagnosticado precocemente e por ser passível de detecção precoce através do rastreamento de mulheres para a realização do exame preventivo e de ações de educação em saúde.

A razão para permanência do quadro da não adesão da população feminina ao exame preventivo encontra-se provavelmente na ineficiência dos serviços de saúde em alcançar as mulheres de risco, aquelas que nunca realizaram o teste ou, já realizaram há mais de três anos. O êxito no rastreamento do câncer cérvico-uterino dependerá, acima de tudo, da reorganização da assistência ginecológica às mulheres na unidade de saúde, da capacitação dos profissionais, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle da doença e do estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas, respeitando as diferenças culturais entre as mulheres e focalizadas em eliminar barreiras e iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos.

Conhecer os indicadores da unidade de saúde e realizar busca ativa das mulheres não aderentes ao exame Papanicolaou faz parte das atribuições de todos os membros da equipe de saúde, cada um dentro de suas especificidades.

Espera-se que, ao executar o plano de ação, o acesso da mulher ao serviço de saúde se torne facilitado e os membros da equipe possam aperfeiçoar o senso de responsabilidade em relação ao acolhimento dessas mulheres. Essa efetividade levará ao melhor uso dos recursos, maior engajamento por parte dos que prestam assistência e, certamente, a um ganho para a saúde, refletido nesse caso específico na melhoria da cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, V. M. S. L. *et al.* Fatores associados a não realização do exame Papanicolau: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.11, p.2329-2338, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/07.pdf>>. Acesso em: 12 abr.2014.

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara/Koogan,. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Inca(Org.).**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: <[http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/falando_cancer_colo_uterio.pdf)>. Acesso em: 13 abr.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Cad. de atenção básica. 2ed. 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,Coopmed,2010.114p.

CARVALHO, J.P. **Câncer do colo do útero: quadro clínico e diagnóstico**. Tratado de ginecologia. 3. ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 2171-3.

GREENWOOD, S.A.; MACHADO, M. d. F. S. A.; SAMPAIO, N. M. Vi.. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado do exame Papanicolaou. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.4, p. 503-9, 2006.

GURGEL, N.M *et al.* Consulta de enfermagem em Ginecologia. In:\_CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHEIROS DE ENFERMAGEM, 2006, Porto Seguro. **Anais**. Porto Seguro: Núcleo de Assessoramento a Pesquisa, 2006. p.23

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.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Brasil tem 16,2 milhões em extrema pobreza em 2012**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisas.php16-2-milhoes-em-situacao-de-pobreza-extrema-,714242,0.htm>> Acesso em 26 set.2013

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. Coordenação de Programas de Controle de Tabagismo. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro: 1996.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. INCA. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer em 2003**. Disponível em: <[HTTP://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa/2003/regioes.htm](http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa/2003/regioes.htm)> Acesso em: 26 set.2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA . **Atlas da mortalidade**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal.>> Acesso em: 28 maio.2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER- INCA. **Controle do câncer do colo do útero**.Disponível em : <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/indicadores/p1m\\_razao-exames-cito-populacao-por-municipio-estado](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores/p1m_razao-exames-cito-populacao-por-municipio-estado)> Acesso em: 13 abr.2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. INCA. **Estimativa 2014 incidência do câncer no Brasil**. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/tabelaestados.asp?UF=BR>> Acesso em 13 abr.2014

PESSINI. S. A.; SILVEIRA, P.G. **Câncer do colo do útero: lesões precursoras**. Tratado de Ginecologia. 3.ed. São Paulo: Roca, 2000. p.2128-48

RAMOS, A. S *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,p. 170-4, 2006.

RIBEIRO, L.; BASTOS, R. R.; RIBEIRO, L. C.; VIEIRA, M.T.; LEITE, I.C. G.; TEIXEIRA, M.T.B. Não adesão às diretrizes para rastreamento do câncer do colo do útero entre mulheres que frequentaram o pré-natal. **Rev Bras Ginecol Obstet**.v. 35, n. 7, p. 323-30, 2013.

SILVA, J. M. A. *et al.* Fatores relacionados a não continuidade da realização do exame citológico Papanicolaou, Curso Acadêmico, Belo Horizonte, v.1,n.2,p.224-39, jul/dez 2011.

SILVA, R.S.; SOARES, M.B.O. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico- uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**,v.63, n.2, p.177-182, mar./abr., 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 2012 e 2013.

SOUZA, A. B.; BORBA, P.C. Exame Citológico e os Fatores Determinantes na Adesão de Mulheres na Estratégia Saúde da Família do Município de Assaré. **Caderno cultura e ciência**, v.2, n.1, p.36-45, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO.. **International Agency for Research on Cancer**. Globocan 2008. Lyon, 2008. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

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

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