

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

GLAUCIMAR LUZIA BRASIL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO ÍNDICE
BAIXO DE COLETA DO EXAME CITOLÓGICO NAS USF's
DO MUNICÍPIO DE PAUDALHO - PE**

**RECIFE
2012**

GLAUCIMAR LUZIA BRASIL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO ÍNDICE BAIXO DE COLETA
DO EXAME CITOLÓGICO NAS USF's DO MUNICÍPIO DE PAUDALHO - PE**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

RECIFE

2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

B823p Brasil, Glaucimar Luzia.

Projeto de Intervenção para Redução do Índice Baixo de Coleta do Exame Citológico nas USF's do Município de Paudalho - PE. / Glaucimar Luzia Brasil. — Recife: G. L. Brasil, 2012.

36 p.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior.

1. Câncer de Colo Uterino. 2. Coleta. 3. Exame Citológico. I. Amaral Júnior, José Luiz Corrêa do.
II. Título.

CDU 614

GLAUCIMAR LUZIA BRASIL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO ÍNDICE BAIXO DE COLETA
DO EXAME CITOLÓGICO NAS USF's DO MUNICÍPIO DE PAUDALHO - PE**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior
CPqAM/Fiocruz/PE

Profª Drª Bernadete Perez Coelho
SMS Recife

PEREIRA, Glaucimar Luzia Brasil. **Projeto de Intervenção para Redução do Índice Baixo de Coleta do Exame Citológico nas USF's do Município de Paudalho -PE.** 2012. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

O câncer de colo uterino é uma neoplasia maligna que, apesar dos avanços obtidos e dos investimentos na área apresenta elevada incidência. O câncer de colo uterino é uma das patologias com maior possibilidade de diagnóstico precoce, sendo o exame de citológico um método de rastreamento universal para câncer de colo uterino. Todavia, há de se ressaltar que há muitas dificuldades inerentes a realização deste exame, uma vez que em muitos serviços de saúde há carência de pessoal treinado para a coleta e leitura das lâminas, ausência de estrutura de laboratórios, demora na entrega do resultado dos exames e inexistência de serviço organizado para o seguimento e tratamento dos casos diagnosticados. É por isso que pode ser encontrado no âmbito da estratégia de saúde da família baixo índice de coleta do exame citológico. Assim, a necessidade de se efetuar uma série de ações de capacitação profissional, de identificação das mulheres que não aderiram ao exame e de ações de conscientização que precisam de monitoramento e avaliação para que possam contribuir de maneira significativa para o aumento do índice da coleta, bem como da qualidade das amostras. A partir deste pressuposto, há necessidade de implantação de ações que mudem esta realidade no âmbito do município, de modo que o mesmo possa dar sua contribuição na prevenção e controle do câncer de colo de útero. Sendo assim, o presente estudo trata de um projeto de intervenção que visa implantar nas estratégias de saúde da família do município de Paudalho-PE, um conjunto de ações com o intuito de aumentar o índice de coleta do exame citológico, uma vez que pode ser identificado neste município baixo índice de coleta.

Palavras-Chave: Câncer de Colo Uterino; Coleta; Exame Citológico.

PEREIRA, Glaucimar Luzia Brasil. **Intervention Project for Reduction of Low Index Collection of cytologic examination in the city of USF's Paudalho-PE.** 2012. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ABSTRACT

Cervical cancer is a malignancy that, despite the progress achieved and investment in the area has a high incidence. Cancer of the cervix is one of the diseases with the greatest possibility of early diagnosis, and cytological examination of a method of universal screening for cervical cancer. However, one should note that there are many difficulties inherent in this exam, since in many health services there is a lack of trained personnel for collecting and reading of the slides lack of laboratory structure, delay in delivery of the test results and no organized service for the monitoring and treatment of diagnosed cases. That is why it can be found in the framework of family health low rate of collection of cytological examination. Thus, the need to perform a series of actions of professional training, identification of women who did not adhere to the examination and awareness actions that need monitoring and evaluation so that they can contribute significantly to the increased rate of collection and the quality of the samples. From this assumption, there is need to implement actions that will change this reality within the municipality, so that it can give its contribution in the prevention and control of cervical cancer. Therefore, this study is an intervention project that aims to implement strategies for family health in the municipality of Paudalho-PE, a set of actions in order to increase the rate of collection of cytological examination, since it can be identified in this county low rate of collection.

Keywords: Cervical Cancer; Collection; Cytological Examination.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	MARCO TEÓRICO.....	11
2.1	Fatores de Risco.....	12
2.2	Prevenção.....	13
2.3	Controle de Qualidade do Exame Citológico.....	16
3	OBJETIVOS.....	20
3.1	Objetivo Geral.....	20
3.2	Objetivos Específicos.....	20
4	METAS.....	21
5	PLANO OPERATIVO.....	22
6	ESTRATÉGIAS.....	23
7	ASPECTOS OPERACIONAIS (CRONOGRAMA).....	25
8	ORÇAMENTO.....	27
9	MONITORAMENTO.....	28
10	AVALIAÇÃO.....	30
11	ASPECTOS ÉTICOS.....	31
12	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é uma neoplasia maligna que, apesar dos avanços obtidos e dos investimentos na área, alguns estudos apontam como elevada a incidência, sendo considerado o segundo tipo de câncer mais comum na população feminina, perdendo somente para o câncer de mama (ALBUQUERQUE et al, 2009; ZEFERINO; GALVÃO, 2008; AMERICO et al, 2010; BRASIL, 2010).

O câncer de colo uterino é uma das patologias com maior possibilidade de diagnóstico precoce, sendo esta proporcionada pela citologia do esfregaço cérvico-vaginal ou exame de Papanicolau, que é considerado o método de rastreamento universal para câncer de colo uterino. A coleta citológica ou exame de Papanicolau é realizado, no Brasil, na rede básica de saúde, por médicos ou enfermeiros devidamente capacitados (CORTE, 2007; FLORIANO; ARAÚJO; RIBEIRO, 2007; ROBERTO NETO A et al, 2005; ROSA et al., 2009).

A patologia em questão tem início com uma lesão pré-invasiva, que pode ser curada em até 100% caso seja detectada de forma precoce, tendo como fatores de riscos, o papiloma vírus humano (HPV), o herpes vírus tipo II (HVS), tabagismo, início precoce de atividade sexual, pluralidade de parceiros sexuais, dentre outros (ZEFERINO; GALVÃO, 2008).

A evolução do câncer do colo do útero, na maioria dos casos, se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. Seu pico de incidência situa-se entre mulheres de 40 a 60 anos de idade, e apenas uma pequena porcentagem, naquelas com menos de 30 anos (BRASIL, 2010).

Neste contexto, convém ressaltar que a realização do exame papanicolau é bastante simples. Inicia-se com a introdução de um espécule vaginal bivalvar não lubrificado, a fim de colher material da ectocérvice (incluindo a zona de transformação) com auxílio de espátula de Ayre e do canal endocervical com escova endocervical descartável. Assim, o material obtido é estendido em uma lâmina de vidro para microscopia com uma extremidade fosca devidamente identificada. Posteriormente a lâmina é corada pela técnica de papanicolau (WOLSCHICK N M. et al, 2007).

Todavia, embora seja simples, há muitas dificuldades inerentes ao exame de papanicolau, uma vez que em muitos serviços de saúde há carência de pessoal

treinado para a coleta e leitura das lâminas, ausência de estrutura de laboratórios, demora na entrega do resultado dos exames e inexistência de serviço organizado para o seguimento e tratamento dos casos diagnosticados (UCHIMURA, 2009).

Além disso, pode-se assegurar também que outro fator que atrapalha na qualidade da coleta é a baixa sensibilidade da citologia oncótica com taxas de resultados falsos negativos em alguns exames. Soma-se a isto, a interpretação inadequada dos esfregaços citológicos, seja por cansaço profissional ou inexperiência do citologista, o que contribui para as falhas nos exames. A leitura das lâminas é realizada em sua maioria por citotécnicos, sem qualquer supervisão e o controle de qualidade dos laboratórios ainda é deficiente (ROBERTO NETTO et al, 2005; SOUZA et al, 2005).

Isso porque a qualidade do exame de Papanicolaou é condição fundamental para a garantia do programa de rastreamento, além do devido diagnóstico e prognóstico favorável a paciente. Assim, verificou-se a relevância de realizar este estudo a fim descrever alguns aspectos importantes acerca da importância do controle de qualidade do papanicolau para a redução das amostras insatisfatórias cérvico-vaginais, estabelecendo uma linha de base para posteriores avaliações, bem como apresentar parâmetros para promover melhoria da qualidade do supracitado exame e também da quantidade de exames, de modo que o índice seja em conformidade com a demanda do determinado serviço de saúde.

Foi a partir desta constatação no decorrer da minha prática profissional e na leitura de artigos, pesquisas, relatórios de casos, livros e estatísticas na área, que surgiu o interesse por esse tema, tendo como objetivo primordial analisar o baixo índice de coleta do exame citológico nas USFs do município do Paudalho-PE, de modo que seja possível efetuar um plano de intervenção.

Assim, é possível entender quais as ações precisam ser efetuadas para o aumento do índice de coleta de exames citológicos e da sua qualidade no âmbito das USFs no município do Paudalho-PE? Por causa disto, é preciso avaliar o que a literatura científica descreve a respeito, quais as necessidades profissionais para efetuação da coleta citológica, a importância da qualidade da amostra coletada, e do diagnóstico precoce para prevenção do câncer cérvico-uterino, que desponta com um problema de saúde pública.

Sendo assim, o presente estudo se justifica uma vez que as campanhas de prevenção do câncer cérvico-uterino efetuadas pelo Ministério da Saúde ainda não

conseguiram uma adesão espontânea significativa, pois se pressupõe que alguns fatores de ordem operacional que contribuam para o baixo índice da coleta e que necessitam ser identificados e ações de intervenção efetuadas de forma promissora com o intuito de aumentar o índice da coleta e a sua qualidade, uma vez que o diagnóstico precoce é de suma importância para o prognóstico da paciente.

2 MARCO TEÓRICO

O câncer de colo do útero apresenta-se como a segunda neoplasia mais comum entre as mulheres no mundo. No Brasil, o câncer cérvico-vaginal vem apresentando crescente incidência que se contrapõe à tendência declinante observada em países desenvolvidos. Isso porque baixas coberturas do exame de rastreamento, modificações na exposição aos fatores de risco, têm sido apontado por alguns estudos como os responsáveis pelas estatísticas elevadas o câncer de colo uterino (CAETANO et al, 2006; BRASIL, 2006; GUARISI R et al, 2006; GUEDES T G et al, 2005; OLIVEIRA et al, 2006; ROBERTO NETO et al, 2005; TAVARES; PRADO, 2006).

Como enfatizamos anteriormente, a detecção precoce do câncer de colo é efetuada por intermédio do exame citológico de papanicolau, e tem sido uma estratégia segura e eficiente para modificar as taxas de incidência e mortalidade deste câncer, por isso a implementação dos exames deve ser priorizada, periodicamente, como uma estratégia de saúde pública (ZEFERINO; GALVÃO, 2008; TAVARES; PRADO, 2006; SOARES et al, 2010).

Além disso, dentre os métodos de detecção, o exame de papanicolau é considerado o mais efetivo e eficiente para ser aplicado nos programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino, sendo uma técnica amplamente difundida, que deve ser realizada de forma promissora (SOUZA et al, 2005; ROSA et al, 2009).

O exame não é doloroso, mas, geralmente, causa certo desconforto, variando em conformidade com a sensibilidade individual de cada paciente. Para sua realização, a mulher deve ser previamente orientada nas 48 horas que antecedem o exame, não podendo manter as relações sexuais, não utilizar duchas vaginais, medicamentos ou exames intravaginais. Além disso, o exame deve ser realizado fora do período menstrual, pois o sangue dificulta a leitura da lâmina, podendo até tornar o esfregaço inadequado para o diagnóstico citopatológico (BRASIL, 2010).

Após a coleta, a fixação das células na lâmina deve ser imediata, sendo fundamental não esquecer que esta lâmina e a caixa devem estar identificadas, da mesma forma que o formulário de requisição de exames já preenchido. No caso de mulheres histerectomizadas, recomenda-se verificar se o colo foi mantido. Havendo colo, o exame deve ser procedido regularmente. No caso de pacientes grávidas, a

coleta não é contra-indicada, mas deve ser realizada de maneira cuidadosa podendo seguir-se de um pequeno sangramento (BRASIL, 2010).

Neste contexto, convém ressaltar que as estratégias de prevenção devem respeitar as peculiaridades regionais envolvendo lideranças comunitárias, profissionais de saúde, movimentos de feministas, meios de comunicação, entre outros. Além disso, é preciso enfatizar as mulheres acima da faixa etária recomendada, tornando-se imperativo que sejam levados em consideração, os fatores de risco, a frequência de realização dos exames e os resultados dos exames anteriores, sendo que a frequência do rastreamento deve ser individualizado (CAETANO et al, 2006; BRASIL, 2006; GUARISI R et al, 2006; GUEDES T G et al, 2005; OLIVEIRA et al, 2006; ROBERTO NETO et al, 2005; TAVARES; PRADO, 2006).

Por último, o diagnóstico tardio do câncer de colo do útero pode estar relacionado com a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde, a baixa capacitação de recursos humanos, envolvidos na assistência, bem como fatores de ordem cultural, econômica e social (BRASIL, 2006).

2.1 Fatores De Risco

O câncer de colo de útero é um dos tipos de câncer com grande possibilidade de detecção precoce, pois é uma doença de evolução lenta. Assim, a mortalidade por este tipo de câncer pode ser evitada quando o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras são realizados na fase inicial. O rastreamento e acompanhamento são fundamentais para evitar o surgimento de novos casos de câncer que implicam em tratamentos mais complexos e dispendiosos (AMÉRICO et al, 2010; UCHIMURA et al, 2009; BACARAT et al, 2007; ANJOS et al, 2010; AMARAL, 2006; CARVALHO et al, 2008; FLORIANO et al, 2005; LIMA; PALMEIRA; CIPOLOTTI, 2006; SOARES et al., 2010).

Esse tipo de câncer na maioria dos casos está associado a alguns fatores extrínsecos, isto é, está relacionado ao contexto e aos hábitos de vida. Infere-se assim, a possibilidade de se empregar meios que afastem esses fatores de risco e, em consequência, diminuam a incidência do câncer cérvico-uterino (LIMA; PALMEIRA; CIPOLOTTI, 2006; SOUZA et al, 2006; WOLSCHICK N M. et al, 2007).

Os fatores de risco de câncer de colo do útero podem ser descrito, tais como: a multiplicidade de parceiros sexuais; multiparidade; idade precoce no início da atividade da relação sexual; tabagismo; idade; baixa condição sócio-econômica; e baixo nível de escolaridade (ALBUQUERQUE et al, 2009).

Enquanto que os fatores responsáveis pelos altos níveis de câncer cérvico-uterino no Brasil são: insuficiência de recursos humanos e de materiais disponíveis na rede de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento; utilização inadequada dos recursos existentes; má articulação entre os serviços de saúde na prestação da assistência nos diversos níveis de atenção; indefinição de normas e conduta; baixo nível de informações de saúde da população em geral; insuficiência de informações necessárias ao planejamento das ações de saúde; baixa qualidade das amostras de exame de papanicolau; Papiloma Vírus Humano (HPV); a imunossupressão; o uso prolongado de contraceptivos orais; e a higiene íntima inadequada (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010; AMÉRICO et al, 2010; UCHIMURA et al, 2009; BACARAT et al, 2007; ANJOS et al, 2010; AMARAL, 2006; CARVALHO et al, 2008; FLORIANO, ARAÚJO; RIBEIRO, DAVIM et al, 2005; LIMA, PALMEIRA; CIPOLOTTI, 2006; SOARES et al, 2010).

Todavia, convém ressaltar que, não é fácil mudar os hábitos da população, principalmente, dos segmentos mais desfavorecidos da sociedade e com baixa escolaridade. Assim, deve haver uma intervenção mais efetiva por parte do poder público tendo em vista a conscientização dos fatores de riscos acerca do câncer cérvico-uterino (TAVARES; PRADO, 2006; OLIVEIRA, FERNANDES; GALVÃO, 2005; GUEDES, 2005; GUARISI et al, 2005; CORTE, 2007).

2.2 Prevenção

A prevenção do câncer uterino-cervical é possível, quando em nível primária, a utilização de preservativos durante a relação sexual, higiene adequada, cuidado com o tabagismo, enquanto que, a prevenção secundária pode ser realizada por meio do exame preventivo do exame papanicolau (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010; AMÉRICO et al, 2010; UCHIMURA et al, 2009; BACARAT et al, 2007; ANJOS et al, 2010; AMARAL, 2006; CARVALHO et al, 2008; FLORIANO, ARAÚJO; RIBEIRO, DAVIM et al, 2005; LIMA, PALMEIRA; CIPOLOTTI, 2006; SOARES et al, 2010).

O rastreamento de mulheres sexualmente ativas através do exame citopatológico do colo uterino é capaz identificar lesões pré-cancerosas que, se tratadas, diminuem a incidência de carcinoma invasor e, conseqüentemente, a mortalidade pelo câncer de colo do útero (CAETANO et al, 2006).

Além disso, a prevenção desta patologia é relativamente barata quando levamos em consideração a relação custo/benefício. Por outro lado, a maioria dos problemas da população não depende diretamente de alta tecnologia para sua prevenção ou controle, mas da assunção da responsabilidade pelos profissionais de saúde quanto ao seu papel de educadores e formadores de uma consciência sanitária junto às mulheres, incentivando-as a prática do exame preventivo e fortalecendo sua participação social no processo. Soma-se a isto, a capacitação dos profissionais responsáveis pelas amostras cérvico-vaginais que necessitam de qualidade (SOARES et al, 2010).

Mulheres que apresentam maior risco de desenvolver o câncer não estão sendo alcançadas pelos programas de prevenção. Uma influência para essa constatação pode estar ligada ao fato de que muitas mulheres frequentem as unidades de saúde por motivos que não estão relacionados diretamente ao exame preventivo. Assuntos condizentes à reprodução e outras doenças ginecológicas são verificados como motivadores para a ida às unidades (BRASIL, 2006).

Por outro lado, pelo fato de estarem despreocupadas com reprodução, muitas mulheres não realizam o preventivo. Não se deve desconsiderar ainda que "a maior concentração de exames em mulheres jovens sugere que o controle do câncer do colo uterino está vinculado às consultas ginecológicas e obstétricas e, conseqüentemente, ocorre de forma oportunística" (ZEFERINO; GALVÃO, 2008, p. 214).

As mulheres mais jovens, apesar de consultarem o ginecologista, não estão realizando os exames como o esperado, o que sugere que procuram o profissional por outros motivos, tais como infecções que impedem a realização do exame preventivo no dia da consulta. Ressaltam que estas deveriam ser orientadas e estimuladas a retornar à consulta para realização do exame. Nota-se, aqui, que estas mulheres em algum momento consultam os profissionais de saúde, portanto, tais oportunidades também merecem ser aproveitadas pelos profissionais, não apenas para orientar e estimular o retorno à consulta para o exame, mas também

para eventuais esclarecimentos e orientações a estas mulheres na identificação de lesões precursoras do câncer do colo do útero (ZEFERINO; GALVÃO, 2008).

Aos profissionais de saúde responsáveis pela realização do exame citopatológico devem estar preparados para explicar à mulher a importância da realização do exame para a manutenção de sua saúde, fornecendo maiores detalhes sobre em que consiste o exame, sanando as dúvidas manifestadas pela mulher e, ainda, após a coleta do material, deverá enfatizar o retorno. Portanto, na orientação, é necessário que sejam utilizadas estratégias que envolvam diálogo, sensibilidade e empatia. Porém, o diálogo utilizado na abordagem deve ser contextualizado às vivências da mulher, atentando para que o olhar direcionado a estas não esteja cheio de conceitos preestabelecidos (BRASIL, 2010).

É interessante perceber que, de uma maneira geral, a abordagem de campanhas preventivas enfatiza o conhecimento e o convencimento das mulheres a realizarem os exames. Entretanto, não basta apenas que a mulher conheça os métodos, é preciso que se envolva no processo, que suas práticas sejam incorporadas em seus cuidados cotidianos (BRASIL, 2006).

Pode-se destacar que o fator primordial que leva as mulheres para a realização do exame não é a conscientização de que precisa ser realizado, tendo em vista que muitas mulheres apresentaram esse reconhecimento, mas a disposição e a consciência de que o exame realizado é de alta qualidade, e o profissional capacitado para realização do mesmo. Uma vez que, a partir desta percepção, é possível que o índice da coleta citológica aumente de maneira gradativa, pois só assim que pode haver uma adesão voluntária e espontânea a prevenção (ZEFERINO; GALVÃO, 2008).

Assim, pode-se considerar que uma boa estratégia para que as ações preventivas envolvam mulheres ainda não alcançadas nas campanhas é tornar os programas de prevenção mais próximos das crenças e valores culturais destas mulheres. A não adesão aos programas de prevenção relaciona-se às crenças dos sujeitos a serem abordados, estando, portanto, o comportamento de prevenção baseado na cultura (SOARES et al, 2010).

Desde que respeitados os valores e as crenças, os profissionais podem influenciar a mudança de comportamento quanto à prevenção. Para isso, os profissionais não devem agir fornecendo informações baseados apenas em seu conhecimento (ZEFERINO; GALVÃO, 2008).

É por isso que todos os fatores abordados nesse estudo devem ser levados em consideração antes do desenvolvimento de uma campanha de prevenção contra ao câncer do colo do útero quanto no decorrer na mesma e, também, na prática diária dos profissionais de saúde que devem atuar como educadores durante o processo de adesão das mulheres à prevenção (UCHIMURA, 2009; ANJOS et al, 2010; BRASIL, 2010; SOARES et al, 2010).

É estimado que a redução de cerca de 80% da mortalidade por câncer de colo uterino pode ser alcançada por intermédio do rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos. Entretanto, para isso há necessidade de submeter às mulheres ao rastreamento através do teste de Papanicolau e garantir qualidade, organização e integralidade do programa de rastreio. Destaca-se ainda a necessidade de alcance de níveis elevados de qualidade, cobertura e acompanhamento de mulheres com lesões identificadas (BRASIL, 2006).

É por esse fator que o controle do câncer do colo do útero é um dos grandes desafios para a saúde pública, justamente devido ao baixo índice de coleta do exame citológico no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

2.3 Controle de Qualidade do Exame Citológico

Acerca do exame citológico, quando o mesmo não possibilita um diagnóstico preciso, é preciso que o exame seja repetido. Neste sentido, é oportuno ressaltar que uma amostra pode ser considerada insatisfatória quando há ausência de identificação na lâmina ou até mesmo na requisição; lâmina quebrada ou com material mal fixado; células escamosas bem preservadas cobrindo menos de 10% de superfície da lâmina; obscurecimento por sangue; áreas espessas; má fixação; dessecamento; dentre outras. Noutras palavras, tudo que impeça de maneira satisfatória a interpretação do exame de forma promissora (UCHIMURA, 2009; WOLSCHICK N M. et al, 2007; SOARES et al, 2010).

É por isso que alguns estudos acerca dos resultados de coleta da amostra procuraram demonstrar que são tidos como insatisfatórios devido aos esfregaços serem muito finos. Os autores chamaram a atenção ao fato de que o seguimento das mulheres com resultados insatisfatórios é problemático porque os recursos dos programas de controle do câncer de colo de útero, em geral, não permitem a busca das mulheres por outros meios (UCHIMURA, 2009; WOLSCHICK N M. et al, 2007;

SOUZA et al, 2005; ROBERTO NETO, 2005; OLIVEIRA et al, 2006; GUARISI et al, 2004; CORTE, 2007; CAETANO, VIANNA, THULER; GIRIANELLI 2006; CARVALHO et al, 2008).

No que se referem aos resultados anormais do exame, vários estudos apontaram para ocorrência de erros durante a obtenção da amostra, erros de diagnóstico no laboratório, dentre outros. Estes estudos apontaram pra necessidade de capacitação dos profissionais para atuar na coleta citológica, a fim de que haja um controle de qualidade de a fim de que ocorra uma diminuição significativa das amostras insatisfatórias. Visto que só por intermédio desta ação é possível promover o rastreamento para todas as mulheres de uma população alvo (UCHIMURA, 2009; WOLSCHICK N. M. et al, 2007; SOUZA et al, 2005; ROBERTO NETO, 2005; OLIVEIRA et al, 2006; GUARISI et al, 2004; CORTE, 2007; CAETANO; VIANNA, THULER; GIRIANELLI 2006; CARVALHO et al, 2008).

Além disso, a literatura enfoca que o resultado do exame pode ser obscurecido por sangue, exsudato inflamatório, esfregaço fino e pouca representatividade de células da endocérvice e da zona de transformação, devendo o profissional ter cuidado quanto a estes aspectos (UCHIMURA, 2009; WOLSCHICK N. M. et al, 2007; SOARES et al, 2010).

Sobre a qualidade da amostra, alguns estudos asseguram que esfregaços com baixa celularidade estão mais relacionados com o operador. Portanto, concluíram que a qualidade do esfregaço parece ser operador-dependente assim como técnico-dependente. Explicações sugeridas por eles incluem inadequada pressão na espátula durante a obtenção da amostra e excessivo zelo durante a limpeza do exsudato antes do exame (UCHIMURA, 2009; WOLSCHICK N. M. et al, 2007; SOARES et al, 2010).

Sendo assim, a razão para que o observador humano falhe na detecção de células anormais é o problema do hábito de visualizar milhões de imagens microscópicas similares diariamente. Esse processo de contínua exposição chega a perturbar a sensibilidade do observador e, nas raras ocasiões de uma imagem severamente alterada, as células afetadas são ignoradas. Isso resulta em danos para a saúde da mulher da qual o esfregaço cervical foi obtido, pois a amostra deve se mostrar insatisfatória (BARACAT et al, 2007; ANJOS et al, 2007; AMERICO et al, 2007; AMARAL, 2006; ALBUQUERQUE et al, 2009).

Além disso, na literatura a respeito desta temática, é possível verificar que em muitos casos a principal causa de erro no exame é devido à falta de critérios morfológicos laboratoriais confiáveis para diagnóstico de micro invasão, ausência de amostra representativa da junção escamocolunar e escassez de células neoplásicas na amostra. Isso ocorre devido a erros durante a coleta, no processamento, na leitura e na interpretação das alterações morfológicas do exame citológico; na localização e extensão das lesões cervicais e na interpretação da amostra histológica (UCHIMURA, 2009; WOLSCHICK N M. et al, 2007; SOUZA et al, 2005; ROBERTO NETO, 2005; OLIVEIRA et al, 2006; GUARISI et al, 2004; CORTE, 2007; CAETANO, VIANNA, THULER; GIRIANELLI 2006; CARVALHO et al, 2008).

Sobre os resultados falsos são atribuídos a pouco esfregaço cervical, erros de laboratórios e a deficiências no sistema de controle de qualidade do laboratório. Quando extensas áreas de células epiteliais da cervix não são obtidas, o esfregaço cervicovaginal pode gerar resultados falso-negativos, ocasionando falha na detecção de aproximadamente 30% de câncer invasor e 58% de lesões pré-malignas do colo uterino (CORTE et al, 2007).

Além disso, é oportuno salientar que um dos maiores problemas enfrentados neste contexto é a alta taxa de resultados falso-negativos. Diversos estudos têm demonstrado que resultados falso-negativos variam de 6% a 56% e as principais causas de erros estão relacionadas à coleta, erros de escrutínio e de interpretação dos diagnósticos, erros de amostragem e de detecção (UCHIMURA, 2009; WOLSCHICK N M. et al, 2007; SOUZA et al, 2005; ROBERTO NETO, 2005; OLIVEIRA et al, 2006; GUARISI et al, 2004; CORTE, 2007; CAETANO, VIANNA, THULER; GIRIANELLI 2006; CARVALHO et al, 2008).

Daí reside à necessidade da importância do controle de qualidade a fim de obter a redução das amostras insatisfatórias. Para isto, há necessidade de se treinar os profissionais para coleta do material, de sistematizar os conhecimentos a respeito, de modo que os procedimentos possam ser padronizados, para que assim, a qualidade de fixação a amostra seja garantida, pois a qualidade da amostra muitas vezes tem sido insatisfatória (UCHIMURA, 2009; WOLSCHICK N M. et al, 2007; SOUZA et al, 2005; ROBERTO NETO, 2005; OLIVEIRA et al, 2006; GUARISI et al, 2004; CORTE, 2007; CAETANO et al, 2006; CARVALHO et al, 2008).

A implementação de procedimentos de controle de qualidade interno e externo no que tange ao exame citológico ajuda não só na melhoria da amostra,

mas no próprio desempenho dos profissionais, uma vez que serão capacitados para atuar neste contexto. Assim, o aprimoramento e a garantia da qualidade devem abranger todas as etapas do processo, desde a colheita dos espécimes (fase pré-analítica) até a emissão dos laudos (fase pós-analítica) incluindo todos os diagnósticos negativos, pré-neoplásicos e neoplásicos e casos insatisfatórios (fase analítica) (UCHIMURA, 2009; WOLSCHICK N M. et al, 2007; SOUZA et al, 2005; ROBERTO NETO, 2005; OLIVEIRA et al, 2006; GUARISI et al, 2004; CORTE, 2007; CAETANO et al, 2006; CARVALHO et al, 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ações a fim de garantir o aumento do índice de coleta do exame citológico nas USFs do Município do Paudalho-PE.

3.2 Objetivos Específicos

- Capacitar os profissionais de saúde quanto à coleta do exame citológico;
- Identificar os motivos que levam as mulheres a não realização do exame citológico;
- Promover o diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino;
- Contribuir na melhoria da qualidade do exame citológico.

4 METAS

- Realizar capacitação em 100% dos profissionais de saúde quanto ao exame citológico;
- Monitorar o índice de coleta do exame citológico nas USFs do município de Paudalho-PE;
- Subsidiar ações preventivas voltadas às mulheres no que tange ao câncer cérvico-uterino;
- Conscientizar acerca da qualidade da amostra coletada;
- Disseminar a importância do diagnóstico precoce.

5 PLANO OPERATIVO

A primeira etapa do plano a ser desenvolvido será a realização de capacitação as Equipes Saúde da Família do município, com o objetivo de conscientizar os profissionais quanto à importância do exame citológico, bem como treinar os profissionais para realização do exame, a qualidade da coleta, conscientização da mulher acerca da importância da realização do supracitado exame.

No segundo momento os agentes comunitários de saúde serão treinados acerca das ações de conscientização, de modo que possam estimular a mulher a aderirem ao exame citológico.

Após isso, será organizado um processo de levantamento das mulheres atendidas nas Unidades de Saúde da Família com o intuito de identificar aquelas mulheres que não aderiram ao supracitado exame, a fim de que elas sejam o objetivo primordial de ações direcionadas no sentido da conscientização.

6 ESTRATÉGIAS

Ação 1: Capacitação de profissionais da saúde

Atividades

- Realização de capacitação dos profissionais quanto à coleta do exame citológico;
- Treinamento com os Agentes Comunitários de Saúde sobre a importância da adesão de mulheres ao exame citológico.

Indicador:

- Porcentagem dos profissionais capacitados quanto à coleta do exame citológico;
- Porcentagem dos agentes comunitários de saúde capacitados sobre a importância da adesão de mulheres ao exame citológico.

Ação 2: Cadastro das mulheres atendidas pelas unidades de saúde da família que não aderiram ao exame citológico.

Atividades

- Instituir cronograma para a realização do cadastro das mulheres de acordo com a faixa etária;
- Disponibilizar os dados deste levantamento acerca das mulheres que não aderiram ao exame citológico a todos os profissionais de saúde.

Indicador:

- Porcentagem das mulheres que não aderiram ao exame citológico por faixa etária.

Ação 3: Desenvolver ações de conscientização voltadas de maneira específica para as mulheres que não aderiram ao exame citológico.

Atividades:

- Disponibilizar informações a toda equipe de saúde de modo que possam desenvolver atividades voltadas para as mulheres de forma específica e direcionada;

- Reunião individual com cada Equipe de Saúde da Família a fim de formular estratégias para a conscientização destas mulheres.

Indicadores:

- Número de mulheres que aderiram ao exame citológico após as ações de conscientização direcionadas de forma específica;
- Número de reuniões realizadas com as Equipes de Saúde da Família.

7 ASPECTOS OPERACIONAIS (CRONOGRAMA)

Atividades	Jan 2012	Fev 2012	Mar 2012	Abr 2012	Mai 2012	Jun 2012	Jul 2012	Ago 2012	Set 2012	Out 2012	Nov 2012	Dez 2012
Reunião com as Equipes de saúde da família	X											
Capacitação dos profissionais de saúde		X										
Capacitação dos agentes comunitários de saúde			X									
Levantamento das mulheres que não aderiram ao exame citológico				X								
Disponibilização dos dados referentes as mulheres que não aderiram ao exame citológico					X							
Reunião com as equipes de saúde a fim de estabelecer estratégias de conscientização						X	X	X				
Efetuações de									X	X		

ações específicas de conscientização das mulheres que não aderiram ao exame citológico												
Monitoramento das ações										X		
Disponibilização de dados referentes a adesão das mulheres que receberam atenção especial											X	
Reunião com as equipes de saúde para avaliação dos resultados alcançados												X

Fonte: Autora, 2012

8 ORÇAMENTO

ITEM	DISCRIMINAÇÃO	QT	P. UNIT.	PREÇO TOTAL
			(R\$)	TOTAIS (R\$)
01	Impressão do material pra capacitação	2000	0,50	1.000,00
02	CDs	100	1,00	100,00
03	Capa para CD	100	0,25	25,00
04	Papel A4	04 resma	15,00	60,00
	TOTAL			R\$ 1.685,00

Fonte: Autora, 2012

9 MONITORAMENTO

O monitoramento será realizado mensalmente, paralelo ao desenvolvimento de cada atividade, em conformidade com a planilha que segue abaixo.

Atividades	Responsável	Concluída	Em Andamento	Atrasada
Reunião com as Equipes de saúde da família	Enfermeiro da ESF			
Capacitação dos profissionais de saúde	Enfermeiro da ESF			
Capacitação dos agentes comunitários de saúde	Enfermeiro da ESF			
Levantamento das mulheres que não aderiram ao exame citológico	Enfermeiro da ESF			
Disponibilização dos dados referentes as mulheres que não aderiram ao exame citológico	Enfermeiro da ESF			
Reunião com as equipes de saúde a fim de estabelecer	Enfermeiro da ESF			

estratégias de conscientização				
Efetuações de ações específicas de conscientização das mulheres que não aderiram ao exame citológico	Enfermeiro da ESF			
Monitoramento das ações	Enfermeiro da ESF			
Disponibilização de dados referentes a adesão das mulheres que receberam atenção especial	Enfermeiro da ESF			
Reunião com as equipes de saúde para avaliação dos resultados alcançados	Enfermeiro da ESF			

Fonte: Autora, 2012

10 AVALIAÇÃO

Para identificar o êxito das atividades planejadas, corrigir precocemente as ações e medir a sua eficácia e eficiência será utilizado os seguintes indicadores de avaliação:

- Porcentagem de profissionais de saúde que participaram do curso de capacitação;
- Porcentagem de agentes de saúde que participaram do curso de capacitação;
- Comparar o número de adesão das mulheres ao exame citológico antes e depois das ações desenvolvidas de conscientização.

11 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um plano de intervenção e não divulgar informações descabidas acerca do público direcionado, a mesma não terá implicações éticas.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de colo do útero é um problema de saúde pública no Brasil. Apesar dos avanços obtidos, as taxas de morbi-mortalidade continuam altas, mesmo sendo uma patologia de evolução lenta, o que possibilita o diagnóstico precoce e o tratamento. Hoje, o câncer de colo uterino figura como a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres.

Dentro desse contexto, a prevenção desse tipo de câncer, deve ser desempenhada pelo profissional da área de saúde através do cuidado, da assistência sistematizada e personalizada as necessidades e expectativas da saúde da mulher. Desenvolvendo ações educativas e planejamentos estratégicos para realização do exame citológico.

Assim, o presente plano de intervenção visou aumentar o índice de coleta do exame citológico nas USFs do município de Paudalho-PE, uma vez que através de uma série de ações, incluindo a capacitação profissional, o levantamento das mulheres que não aderiram ao supracitado exame e as ações de conscientização desenvolvidas de forma direcionada para estas mulheres por faixa etária, é que o índice de coleta aumentará, tendo em vista também, o aumento da qualidade da amostra coletada, pois só por intermédio de um diagnóstico precoce que o controle e o prognóstico do câncer uterino cervical poderá ser promissor.

Isso porque a identificação precoce do câncer de colo do uterino aumenta substancialmente sua probabilidade de cura, pois essa patologia apresenta aspectos epidemiológicos, etiológicos e evolutivos conhecidos, permitindo sua detecção em estágio pré-maligno ou inicial. A prevenção e o diagnóstico precoce correspondem às únicas maneiras de se reduzir a morbidade e mortalidade decorrentes dessa neoplasia.

Além disso, convém ressaltar que o baixo índice de coleta do exame citológico no âmbito da estratégia de saúde da família, deixa claro que, os programas de prevenção do câncer de colo uterino ainda não estão atingindo as mulheres que apresentam maior risco de desenvolver esse tipo de câncer. Sendo assim, se faz necessário que novas medidas sejam tomadas para que se aumentem a cobertura do rastreamento dessa neoplasia. É preciso prevenir e diagnosticar o câncer o mais cedo possível e com isso, no decorrer do tempo, assegurar às pessoas que o diagnóstico precoce do câncer levará a utilização de meios de

tratamento mais simples, menos dispendiosos e mais eficazes tornando-o tratável, reduzindo assim o número de óbitos.

Todavia, apesar destes aspectos ressaltados, cabe enfatizar ainda a necessidade de maior controle de qualidade do exame citológico, com o intuito de reduzir as amostras insatisfatórias, uma vez que grande número de amostras são insuficientes ou falso-negativas, o que, atrapalha o rastreamento, o diagnóstico e o tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE K M et al. Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p.40-58, 2009.

AMARAL, R G. Fatores que podem comprometer a qualidade dos exames citopatológicos no rastreamento do câncer do colo do útero. **RBAC**, v. 38, n. 1, p. 3-6, 2006.

AMERICO, C F. et al. Análise da influência do acondicionamento diferenciado de lâminas para colpocitologia no resultado laboratorial. **Texto Contexto-Enferm**, Florianópolis, v. 19, n.2, p.123-129, junho, 2010.

ANJOS, S J S B et al. Fatores de risco para o câncer de colo de útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.67-75, 2010.

BARACAT, E C. et al. Alternativas para o rastreamento do câncer do colo uterino. **Femina**, v. 30, n. 10, p. 693-8, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer. Programa nacional de controle do câncer do colo uterino**. Brasília, 2010.

CAETANO R; et al. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-118, 2006.

CARVALHO et al. Avaliação dos registros das consultas de enfermagem em ginecologia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n. 2, p. 472-483, 2008.

CORTE L M D. Análise da concordância interobservadores em exames de Papanicolaou. **News Lab**, v. 80, p. 98-106, 2007.

DAVIM R M B. et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 296-302, mai, 2005.

FLORIANO M I; ARAÚJO C S A; RIBEIRO M A. Conhecimento sobre fatores de risco associados ao câncer do colo uterino em idosas em Umuarama-PR. **Arquivo Ciência Saúde Unipar**, Umuarama, v. 11, n. 3, p. 199-203, set/dez, 2007.

GUARISI R et al. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras e do Câncer Invasor de Colo Uterino no Município de Franco da Rocha, SP. **Revista Brasileira de Cancerologia**. São Paulo, v. 50, n. 1, p. 7-15, 2004.

GUEDES T G et al. Análise Epidemiológica do Câncer de Colo de Útero em Serviço de Atendimento Terciário no Ceará – Brasil. **RBPS**, Fortaleza, v. 18, n. 4, set, p. 205-210, 2005.

LIMA C A, PALMEIRA J A V, CIPOLOTTI R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2151-2156, 2006.

OLIVEIRA M S, FERNANDES A F C, GALVÃO M T G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paul Enfermagem**. Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 150-155, 2005.

OLIVEIRA M H N et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 325-34, set, 2006.

ROBERTO NETO A et al. Avaliação dos métodos empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do colo uterino do Ministério da Saúde. **RBGO**, v. 23, n. 4, p. 209-16, 2005.

ROSA M I et al. Papiloma vírus humano e neoplasia cervical. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.5, Rio de Janeiro, p.56-63, Maio, 2009.

SOARES M C et al. Câncer de colo uterino: Caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 173-187, maio/jun, 2010.

SOUZA José H K et al. Avaliação de lâminas de colpocitologia oncótica previamente diagnosticadas como ASCUS: Comparação interensaio e interobservadores. **RBGO** v. 26, n. 5, p.233 – 240, 2005.

TAVARES C M A, PRADO M L. Pesquisando a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 578-586, out/dez, 2006.

WOLSCHICK N M. et al. Câncer do colo do útero: tecnologias emergentes no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. **RBAC**, Maringá, v. 39, n. 2, p. 123-129, fev. 2007.

UCHIMURA N S. Qualidade e desempenho das colpocitologias na prevenção de câncer de colo uterino. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n.5, p.23-29, 2009.

ZEFERINO, L C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 213-215, 2008.