

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

IÁCARA SANTOS BARBOSA OLIVEIRA

Ações de equipes da estratégia saúde da família na prevenção do câncer de colo  
de útero

Ribeirão Preto

2011

IÁCARA SANTOS BARBOSA OLIVEIRA

Ações de equipes da estratégia saúde da família na prevenção do câncer de colo de útero

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marislei Sanches Panobianco

Ribeirão Preto

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Iácara Santos Barbosa

Ações de equipes da Estratégia Saúde da Família na prevenção do câncer de colo de útero. Ribeirão Preto, 2011.

100 p.: il. ; 30 cm

Dissertação, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Panobianco, Marislei Sanches.

1. Câncer de colo de útero.
2. Prevenção
3. Estratégia Saúde da Família.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

OLIVEIRA, Iácara Santos Barbosa Oliveira

Ações de equipes da estratégia saúde da família na prevenção do câncer de colo de útero

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em ...../...../.....

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Dedico este estudo ao Erik Oliveira por ser meu companheiro ao longo desta jornada, pela paciência, carinho, dedicação e apoio incansável durante a elaboração deste estudo.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pelo dom da vida, por me guiar, amparar e iluminar em momentos difíceis.

Ao meu marido Erik, com quem compartilho muitos sonhos e projetos, obrigada pela compreensão, presença e renúncia durante a elaboração deste trabalho e por entender e apoiar meus momentos de ausência.

Aos meus pais, Roseli e João, obrigada pela vida, pelo amor e irmãos Williana e Jonathan pela companhia, incentivo e apoio.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marislei Sanches Panobianco por seus ensinamentos, competência e dedicação como minha orientadora, obrigada pela acolhida calorosa, pela convivência, amizade e por me ensinar uma verdadeira lição de vida e de aprendizagem com muito carinho.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria de Almeida, obrigada pelo apoio e contribuições no decorrer do estudo.

À Maria da Graça e Oriovaldo, obrigada pelo carinho, amizade, incentivo e apoio durante a elaboração deste trabalho.

Aos tios Carmen e Nestor, obrigada pela acolhida em Ribeirão Preto, estímulo e confiança.

As amigas orientadas da professora Marislei, as quais vivenciamos momentos bons de aprendizado, passeios, obrigada pela amizade, colaboração e incentivo.

Aos colegas da pós-graduação, obrigada pela convivência e oportunidade de várias experiências, conhecimentos e discussões.

Aos funcionários da EERP/USP, especialmente a Shirley do MISP, obrigada pela atenção e prontidão em todos os momentos.

Ao Secretário Municipal de Saúde e coordenadora da ESF do município de Passos/MG obrigada pela autorização e colaboração no decorrer deste estudo.

Aos médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, integrantes das equipes de Estratégia Saúde da Família do município de Passos-MG, obrigada pela contribuição e disposição em participar da pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo incentivo financeiro.

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. “Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.

Cora Coralina

OLIVEIRA, I. S. B. **Ações de equipes da estratégia saúde da família na prevenção do câncer de colo de útero.** 2011. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.

## RESUMO

O câncer de colo de útero (CCU) constitui um sério problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, devido às altas taxas de prevalência e mortalidade, principalmente entre as mulheres de nível socioeconômico baixo e em fase produtiva de suas vidas. Representa a quarta causa de morte, por câncer, no sexo feminino, em nosso país, onde cerca de 70% dos casos desse câncer são diagnosticados em fase avançada. Isto ocorre devido ao fato de uma grande parte das mulheres brasileiras não se submeterem regularmente ao exame preventivo de Papanicolaou, um método aceito pela população e comunidade científica, seguro, de fácil execução, não invasivo e de baixo custo. Em Passos-MG, a cobertura desse exame está abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Nesse sentido, este estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, teve como objetivo identificar e analisar as ações implementadas pelas 17 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município, para a prevenção e detecção precoce do CCU. Foram entrevistados 73 trabalhadores, sendo 11 médicos, 12 enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem e 34 agentes comunitários de Saúde (ACS), que se mostraram empenhados em favorecer a prevenção, promoção e diagnóstico precoce do CCU e entendem que o controle desse depende, essencialmente, de ações desenvolvidas por eles. Deixaram evidente a necessidade de complementação das ações e atividades que já são realizadas junto às mulheres, uma vez que essas ações acontecem, mas de forma pouco sistemática e sem uma rotina adequada. Deficiências da infra-estrutura oferecida e a inserção inadequada dos profissionais no serviço de saúde, alguns sem vínculo empregatício, assim como a fragilidade ou inexistência, ou ainda a má divulgação de práticas de educação em saúde fazem com que a assistência seja comprometida. Por outro lado, evidenciou-se o despertar dos profissionais para essa prática e para sua efetivação é preciso adequação das equipes de saúde da família, tendo como foco o aperfeiçoamento dos profissionais e incentivos, possibilitando o conhecimento teórico, prático e as atualizações necessárias, pois o êxito de ações para prevenção desse câncer depende da reorganização da assistência à saúde nos serviços, visando a qualidade e continuidade das ações integrais para as mulheres. Alianças e parcerias, com escolas, indústrias entre outros, assim como a existência de um protocolo de atendimento poderão direcionar as ações, apoiar decisões e nortear a organização do processo de trabalho. É importante o envolvimento de todos os profissionais que compõem a ESF como conhecedores da epidemiologia, dos fatores de risco, dos sinais e sintomas e dos instrumentos existentes para a prevenção do referido câncer. É preciso, ainda, que haja uma real preocupação com a gravidade dessa doença, por parte dos profissionais e de todos os responsáveis nos níveis federal, estadual e municipal, de forma a garantir o acesso aos serviços de saúde, uma assistência de qualidade proporcionada por profissionais qualificados, dentro de uma infra-estrutura adequada.

Palavras - chave: câncer de colo de útero; prevenção; estratégia saúde da família.



OLIVEIRA,I.S.B. **Actions of family health strategy teams in prevention of uterine cervical cancer** . 2011. 100 f. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, Ribeirão Preto - SP.

### **ABSTRACT**

The uterine cervical cancer (CCU) form a serious problem for the health public in developing countries, because of the high prevail and mortality rates, specially between low economic social level of women and in the productive phase of their lives. It represents the 4<sup>o</sup> causes of death, by cancer, in the female sex in our country where 70% of these cancer cases are diagnosed in an advanced phase. This fact happens because a great part of the Brazilian women don't do the prevent Papanicolaou exam regularly, a method that is accepted by the population and the scientific community, it is safe, easy to be done, not invading and cheap. In Passos-MG the cost of this exam is bellow the commend publicly by the Ministry of Health (MS).This described and exploratory study, with quantity approach had as objective to identify and analyse the used actions by the 17 teams of the Family Health Strategy (ESF) of the municipal district to prevention and early detection of the CCU. They interviewed 73 workers, composed by 11 doctors, 12 nurses, 16 nursing technical and 34 health communitarian agents (ACS) that made every effort in propiciating the prevention, promotion and early diagnosys of the CCU and they know that the control of this depends, specially of actions and activities that they had already done with these women, since these actions are done, but in a little systematic form and without an adequate routine. Deficiency in the infrastructure offered and the inappropriate insert of professionals in the service of health, some of them without employed link and the fragility or inexistency or the bad divulgation of practice in health education make the help compromised. Otherwise it made evident the awaking of professionals to this practice and for its effectivation it needs changing in the family health teams, having in view the improving of professionals and incentive, making it possible the teoric and pratical knowledge and the necessary update, because the success of actions to prevent this cancer depends on the reorganization of view the quality and continuity of whole actions for women. Alliances and associations to schools, industries and others and an existence of a register of service can conduct the actions, give support to decisions and give directions to the organization of the process of work. It's important to get all the professionals that form the ESF as experienced of the epidemiology of the coefficient of risk, signals and symptoms and instruments that exist to prevent this cancer. It is needed that there is a worry with the danger of this disease by professionals and all the responsible people on the federal state and municipal levels to make sure the access of the health services, a quality aid given by qualified professional, in a proper infrastructure.

Key- words: uterine cervical cancer; prevention; family health strategy

OLIVEIRA,I.S.B. **Acciones de equipos de la estrategia salud de la familia en la prevención del cáncer de cuello uterino.** 2011. 100 f. Disertación (Maestría)- Escuela de Enfermería ,Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.

## RESUMEN

El cáncer de cuello uterino (CCU) constituye un serio problema de salud pública en los países en desarrollo, debido a los altos índices de prevalencia y mortalidad principalmente entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo y en fase productiva de sus vidas. Representa la cuarta causa de muerte, por cáncer, en el sexo femenino, en nuestro país, donde próximo de 70% de los casos de este cáncer son diagnosticados en fase avanzada. Esto se produce porque una gran proporción de mujeres brasileñas no se presentan regularmente al examen preventivo de Papanicolaou, un método aprobado por la población y comunidad científica, seguro, de fácil ejecución, no invasivo y de bajo costo. En Passos-MG, la cobertura de ese examen está abajo del recomendado por el Ministerio de Salud (MS). En ese sentido, este estudio descriptivo y exploratorio, con enfoque cuantitativo, tuvo como objetivo identificar y analizar las acciones implementadas por los 17 equipos de Estrategia Salud de la Familia (ESF) del municipio, para la prevención, promoción y diagnóstico precoz de CCU. Fueron entrevistados 73 trabajadores, siendo 11 médicos, 12 enfermeros, 16 técnicos de enfermería y 34 agentes de la comunidad de Salud (ACS), que se muestran comprometidos en favorecer la prevención, esencialmente, de acciones desarrolladas por ellos. Dejaron evidente la necesidad de complementación de las acciones y actividades que ya no son realizadas junto a las mujeres, una vez que esas acciones y actividades que ya no son realizadas junto a las mujeres, una vez que esas acciones ocurren, pero de forma poco sistemática y sin una rutina adecuada. Deficiencias de la infraestructura ofrecida y la inserción inadecuada de los profesionales en el servicio de salud, algunos sin vínculo de empleo, así como la fragilidad o inexistencia, o aún la mala divulgación de prácticas de educación en salud hacen con que la asistencia sea comprometida. Por otro punto, se mostró el despertar de los profesionales para esa práctica y para su efectuar es necesario adecuación de los equipos de salud de la familia, teniendo como enfoque la mejora de los profesionales y incentivos, posibilitando el conocimiento teórico, práctico y las actualizaciones necesarias, pues el éxito de acciones para prevención de ese cáncer depende de la reorganización de la asistencia de la salud en los servicios, visando la calidad e continuidad de las acciones integrales para las mujeres. Alianzas y trabajos conjuntos con escuelas, industrias entre otros, así como la existencia de un protocolo de asistencia podrán conducir las acciones, apoyar decisiones y nortear la organización del proceso de trabajo. Es importante la participación de todos los profesionales que compone la ESF como expertos de la epidemiología, de los factores de riesgo, de las señales y síntomas y de los instrumentos existentes para la prevención del referido cáncer. Es necesario aún que haya una real preocupación con la gravedad de esa enfermedad, por parte de los profesionales y de todos los niveles federal, del estado y municipal, de forma a garantizar el acceso a los servicios de salud, una asistencia de calidad a cargo de profesionales calificados, dentro de una infraestructura adecuada.

Palabras claves: cáncer de cuello uterino; prevención; estrategia salud de la familia.

## **LISTA DE TABELA**

**Tabela 1** - Distribuição das características sociodemográficas segundo idade, sexo, escolaridade e estado civil dos trabalhadores das ESF do município de Passos-MG, 2010 ..... 46

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição do tempo de atuação em equipe da ESF dos trabalhadores do município de Passos-MG, 2010.....	48
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição das estratégias utilizadas pelos trabalhadores da ESF, visando estimular a cobertura do exame de Papanicolaou, no município de Passos-MG, 2010 .....	50
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição dos dados de recursos disponíveis e estrutura física das unidades de saúde para a coleta exame de Papanicolaou, segundo os profissionais da ESF do município de Passos-MG,2010.....	62
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição das categorias profissionais que realizam a coleta do exame de Papanicolaou nas ESF do município de Passos-MG, 2010.....	63
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição dos dados de cursos de capacitação voltados para o câncer de colo de útero, promovidos pela Prefeitura Municipal em parceria com a Coordenação da ESF, para os profissionais do município de Passos-MG, 2010.....	64
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição da avaliação dos profissionais quanto à atuação da equipe da ESF em que trabalham no intuito de diminuir os casos de câncer de colo de útero do município de Passos-MG, 2010 .....	70

## LISTA DE SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>AMBES</b>	Ambulatório Escola
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAF</b>	Cirurgia de Alta Frequência
<b>CAPS II</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CCU</b>	Câncer de Colo de Útero
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CH</b>	Captura Híbrida
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CEREST</b>	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
<b>CISMIP</b>	Consórcio Intermunicipal de Saúde
<b>DNA</b>	Ácido Desoxirribonucleico
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>EERP</b>	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
<b>ENF</b>	Enfermeiro
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>FDA</b>	Food and Drug Administration
<b>GRS</b>	Gerência Regional de Saúde
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HPV</b>	Papiloma Vírus Humano
<b>HRC</b>	Hospital Regional do Câncer
<b>HSIL</b>	Lesão Intra-Epitelial Escamosa de Alto Grau
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>LSIL</b>	Lesão Intra-Epitelial Escamosa de Baixo Grau
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MED</b>	Médico
<b>NAE</b>	Núcleo de Assistência em Estomaterapia

<b>NAEPH</b>	Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase
<b>NIC</b>	Neoplasia Intra-Epitelial Cervical
<b>NOB</b>	Normas Operacionais Básicas
<b>NOAS</b>	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PAISC</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PCCCU</b>	Programa de Controle do Câncer do Colo Uterino
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SES</b>	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
<b>SISCOLO</b>	Sistema de Informação de Controle do Câncer de Colo Uterino
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TEC</b>	Técnicos de Enfermagem
<b>TFD</b>	Tratamento Fora do Domicílio
<b>THD</b>	Técnico em Higiene Dental
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>2. QUADRO TEÓRICO</b> .....	<b>23</b>
2.1. Câncer de Colo de Útero .....	23
2.2. Sistema Único de Saúde – Estratégia Saúde da família .....	27
2.3. Iniciativas Governamentais Dirigidas à Prevenção do Câncer de Colo de Útero .....	33
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>36</b>
3.1. Objetivo Geral .....	36
3.2. Objetivos específicos .....	36
<b>4. MATERIAL E MÉTODO</b> .....	<b>38</b>
4.1. Tipo de estudo .....	38
4.2. Cenário do estudo .....	39
4.2.1. Serviços de Saúde de Passos-MG.....	39
4.2.2. Local do Estudo .....	42
4.3. Sujeitos do estudo .....	42
4.4. Aspectos éticos .....	43
4.5. Coleta de dados.....	43
4.6. Análise dos dados .....	44
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>46</b>
5.1. Perfil dos sujeitos entrevistados .....	46
5.2. Organização dos serviços e ações dos componentes das equipes de saúde das ESF .....	49
5.2.1. Estratégias para estimular a realização do exame de Papanicolaou .....	50
5.2.2. Divulgação e adesão às ações educativas .....	54
5.2.3. Busca ativa e seguimento das clientes .....	56
5.2.4. Registro das informações sobre a cliente .....	57
5.2.5. Sistema de referência e contra-referência.....	58
5.2.6. Agendamento das clientes para realização do exame preventivo.....	59
5.2.7. Recursos humanos e infra-estrutura para atendimento das clientes .....	61
5.3. Conhecimento dos profissionais sobre o câncer de colo de útero .....	66
5.4. Percepção/opinião dos profissionais sobre a atuação da equipe da ESF .....	70
5.4.1. Ações que a equipe considera importantes na prevenção e controle do CCU, além daquelas abordadas na entrevista.....	74
5.4.2. Ações ou idéias dos profissionais para melhorar a qualidade dos serviços prestados à mulher .....	75
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>83</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>93</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>100</b>

**APRESENTAÇÃO**



## APRESENTAÇÃO

O interesse em estudar e pesquisar assuntos sobre saúde da mulher surgiu ainda durante o curso de graduação em enfermagem que concluí no ano de 2006, quando atuei como estagiária em Estratégia Saúde da Família (ESF). Naquela oportunidade, pude perceber as dificuldades de adesão das mulheres a ações educativas nas unidades de saúde, o despreparo de alguns profissionais para abordar essas usuárias e também as falhas na prevenção do câncer de colo de útero (CCU), uma doença que atinge e mata muitas mulheres, no Brasil e no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento e que pode ser prevenida, ou curada, se detectada em seus estágios iniciais.

No curso de especialização em Oncologia, que realizei na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), decidi então estudar, em minha monografia, a prevenção do CCU.

Instigada pelos resultados da pesquisa do curso de especialização com relação ao universo da Saúde Pública, prevenção do CCU e as questões que envolvem a ESF, focando a integralidade da assistência e a capacidade de resolubilidade, optei pela pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública, nível mestrado. Estudos e pesquisas me levaram a organizar algumas questões norteadoras que auxiliaram na construção do objeto do presente estudo, como: a atividade dos trabalhadores da ESF, voltada para a prevenção e detecção precoce do CCU; prevenção primária, com educação em saúde e, secundária, com exame de detecção precoce (Papanicolaou), assim como a organização e estruturação dos serviços de saúde da família do município onde resido e atuei como enfermeira.

Assim, esta pesquisa objetivou aprofundar o estudo dessas questões, uma vez que continua sendo um desafio aumentar e qualificar a cobertura da prevenção do CCU nas ESF brasileiras.

**INTRODUÇÃO**

## 1. INTRODUÇÃO

O CCU é uma afecção progressiva, iniciada com alterações intra-epiteliais, que progride lentamente por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil. É, predominantemente, um câncer de células escamosas (90% a 95%), sendo 10% a 15% os adenocarcinomas (CAMARGOS et al., 2008). Muller et al. (2008) ressaltam que essa afecção pode ser evitada devido à longa fase pré-invasiva, quando as lesões precursoras podem ser detectadas, pela disponibilidade de triagem, por meio do exame citopatológico. Fernandes et al. (2009) comentam que essas características, associadas à facilidade do diagnóstico, permitem que a doença seja detectada ainda nos estágios iniciais.

Constitui, no entanto, um sério problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, devido às altas taxas de prevalência e mortalidade, principalmente entre as mulheres de nível socioeconômico baixo e em fase produtiva de suas vidas. Representa a quarta causa de morte, por câncer, no sexo feminino, em nosso país, superada pelos cânceres de mama, pulmão, cólon e reto (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA), 2006a).

Esses aspectos podem dar a dimensão da importância dessa patologia no cenário nacional, tendo em vista que cerca de 70% dos casos desse tipo de câncer são diagnosticados, no Brasil, em fase avançada (INCA, 2009a). O retardo no diagnóstico ocasiona tratamentos mais agressivos e menos efetivos, aumenta o comprometimento físico e emocional da mulher e toda sua família, os custos com internações e utilização de medicamentos e, conseqüentemente, eleva os índices de mortalidade por esse tipo de câncer. Isto ocorre devido ao fato de uma grande parte das mulheres brasileiras não se submeterem regularmente ao exame preventivo do CCU, por vergonha, medo ou falta de informação, ficando, assim, à margem das ações de prevenção e detecção (INCA, 2009a).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) informa que, apesar de o acesso ao exame preventivo ter aumentado no Brasil, não foi suficiente para reduzir a tendência de mortalidade, porque em muitas regiões o diagnóstico ainda é feito em estágios avançados da doença e atribui esse fato a: dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde; capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em absorver a demanda que chega às unidades; dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial que permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos (INCA, 2006b).

Considerando o estado de Minas Gerais, estudo realizado por Alves, Guerra e Bastos (2009) apresenta que as neoplasias malignas foram a segunda causa de morte entre as mulheres, e o CCU ocupou a sexta posição. Dados provenientes do DATA SUS, para o município de Passos/MG, informam que no ano de 2008 houve 10 internações por neoplasia maligna do colo do útero e no ano de 2009 foram internadas 26 mulheres. Já em relação à mortalidade nos anos de 2008 e 2009, constam 5,6% e 7,14%, respectivamente. E ainda, dados do Programa Viva Mulher mostram que no ano de 2009 foram coletadas 1.282.874 amostras, sendo que na faixa etária preconizada para o rastreamento foram realizados 964.121 exames, correspondendo a 16,97% de cobertura (DATA SUS, 2009; MINAS GERAIS, 2010).

Também em relação ao município de Passos/MG, local onde este estudo foi realizado, nos dois últimos anos foram registrados os seguintes números de colpocitologias preventivas ou exames de Papanicolaou, coletados: 6.971 exames no ano de 2008 e 7.941 no ano de 2009. Se considerarmos a faixa etária de 25 a 59 anos, priorizada pelo Ministério da Saúde (MS) para a realização do exame, há registro de 5.269 exames em 2008 e 6.071 no ano de 2009, correspondendo, respectivamente, a 20,87% e 24,05% de cobertura do exame na população alvo (DATA SUS, 2009; MINAS GERAIS, 2010).

Podemos perceber que a cobertura do exame, tanto no estado de Minas Gerais, como no município estudado, é baixa, pois o MS e a Organização Mundial de Saúde (OMS) consideram que para impactar o perfil epidemiológico do CCU, o município teria que garantir uma cobertura de 80% da população feminina de 25 a 59 anos, além de prezar pela qualidade da coleta do exame e garantir o tratamento adequado (ALBUQUERQUE et al., 2009).

Além disso, dados do Programa Viva Mulher da Secretaria do Estado de Minas Gerais (SES) e do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, mostram que no ano de 2008, em Passos, foram diagnosticados 77 casos de atipias de significado indeterminado; 81 lesões Intra-Epitelial Escamosa de Baixo Grau (LSIL), podendo ser, Papiloma Vírus Humano (HPV) ou Neoplasia Intra-Epitelial Cervical (NIC) I; 31 lesões Intra-Epitelial Escamosa de Alto Grau (HSIL), podendo ser NIC II ou NIC III; cinco HSIL (não podendo excluir micro invasão); em células glandulares, um adenocarcinoma in situ e dois adenocarcinomas invasores cervicais.

Já no ano de 2009 houve diminuição dos casos, sendo 70 casos de atipias de significado indeterminado; 76 LSIL, podendo ser HPV ou NIC I; 47 HSIL, podendo ser NIC II ou NIC III; em células glandulares: dois adenocarcinomas in situ e dois adenocarcinomas invasores cervicais.

Comparando os dados dos anos de 2008 com os de 2009, relacionados à prevalência de lesões encontradas nos exames de Papanicolaou, podemos observar que as diferenças são pequenas e os resultados mostram que o município faz alguns diagnósticos em estágios tardios da doença.

Existe, portanto, um importante caminho a ser percorrido no município, assim como em todo o estado de Minas Gerais para que se possa alcançar a cobertura preconizada e o acesso às medidas preventivas direcionadas ao controle da doença e especialmente ao diagnóstico precoce (ALVES; GUERRA, BASTOS, 2009).

O MS, com o intuito de modificar o cenário brasileiro em relação ao CCU, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabeleceu diretrizes e estratégias de organização visando ampliar e qualificar as ações de prevenção e promoção da saúde nos serviços e na gestão no SUS (BRASIL, 2006a). Segundo Figueira et al. (2009), a PNAB propõe a organização da Atenção Básica (AB), a partir da ESF, permitindo a reorientação do modelo biomédico, ao valorizar diferentes saberes e criar co-responsabilidades entre usuários, profissionais e gestores.

A AB é responsável por fazer com que o programa de controle do CCU tenha ênfase nas ações preventivas e na detecção precoce. Em 2003, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher firmou o compromisso com a implementação de ações e serviços de saúde que contribuiriam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis (BRASIL, 2009a).

Com o propósito de estabelecer novas diretrizes para qualificar a gestão do sistema, o MS instituiu, por meio da portaria nº399/Gabinete Ministerial, de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde que contemplou três componentes: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida inclui seis prioridades pactuadas pelos gestores municipais, sendo que duas delas são relacionadas à saúde da mulher, referindo-se à redução da mortalidade materna e controle do CCU e mama. No que diz respeito ao CCU foi estabelecida uma cobertura de 80% para o exame de preventivo e incentivo à cirurgia de alta frequência (CAF) (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

Segundo Maia, Guilhem e Lucchese (2010), é de responsabilidade dos municípios, na gestão do SUS, a implementação da integralidade da atenção à saúde de sua população, garantindo esse princípio, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos e ações de assistência e reabilitação.

Pinho e França (2003) afirmam que as taxas de incidência e de mortalidade ainda permanecem desafiando as medidas até então adotadas nos programas governamentais, sinalizando possíveis deficiências na oferta, no acesso e na qualidade das ações.

Diante do exposto, destaca-se a necessidade de uma atuação efetiva dos profissionais da saúde na atenção às mulheres, no sentido de instrumentalizá-las adequadamente para a prevenção e controle do CCU. Nesse sentido, as equipes de saúde da família que atuam nas ESF constituem-se em importantes instrumentos dessa atuação, necessitando estar capacitadas e devendo adquirir competência para desenvolver ações educativas, sistematizadas e resolutivas, contribuindo assim, para que as mulheres procurem o serviço.

Assim, o presente estudo tem como questão central: identificar e analisar como as equipes de saúde da família vêm desenvolvendo ações de prevenção e controle do CCU; conhecer as estratégias utilizadas para aumentar a cobertura do exame preventivo; caracterizar a organização dos serviços; analisar o conhecimento dos profissionais acerca do CCU. Considera-se que a organização e estruturação das ações de prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino e a procura das mulheres aos serviços de saúde são de extrema importância, uma vez que esse tipo de câncer pode acarretar sequelas físicas e emocionais, comprometendo a qualidade de vida das mulheres e de suas famílias.

Esses objetivos centram-se no fato de esse tipo de câncer caracterizar como um problema de saúde pública em nosso país, incluindo o município de Passos-MG, onde este estudo foi realizado. Também faz parte dos objetivos identificar como estão sendo implementados os programas de saúde da mulher nas ESF, uma vez que, com o Pacto pela Vida, foi firmado um compromisso de gestão municipal para redução da morbimortalidade por CCU. Este estudo tem ainda o intuito de conhecer quais ações são desenvolvidas pelas equipes das ESF, a fim de melhorar a cobertura do exame preventivo nas usuárias.

**QUADRO TEÓRICO**

## 2. QUADRO TEÓRICO

### 2.1. Câncer de Colo de Útero

No Brasil, as estimativas do INCA, para os anos de 2010 e 2011, apontam a ocorrência de 18.430 casos novos de CCU. Sem considerar os tumores de pele não-melanoma, o CCU é o mais incidente na região Norte, nas regiões Centro-Oeste e Nordeste ocupa a segunda posição, e no Sul e Sudeste, a terceira posição (INCA, 2009a).

Com cerca de 500.000 casos novos por ano, no mundo, o CCU é o segundo tipo mais comum entre as mulheres e é responsável pelo óbito de aproximadamente 230.000, por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos, quando comparada aos países mais desenvolvidos e torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos (INCA, 2009a).

Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 59% a 69%. Nos países em desenvolvimento, com o diagnóstico mais tardio a sobrevida média é de 49% após cinco anos, sendo a média mundial de 49% (BIFULCO; FERNANDES JUNIOR; BARBOZA, 2010).

Vários são os fatores de risco identificados para o CCU, sendo que alguns dos principais estão associados às baixas condições socioeconômicas, início precoce da atividade sexual, uso indiscriminado de contraceptivos orais, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), multiplicidade de parceiros sexuais e, principalmente, a presença de infecção causada pelo HPV (INCA, 2003). Outros autores acrescentam ainda como fatores de risco, multiparidade, tabagismo e alimentação pobre em alguns nutrientes, como vitamina C, betacaroteno e folato (SAMPAIO; ALMEIDA, 2009), além do déficit de conhecimento, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), estado imunológico deprimido e terapia com anti-retroviral (BRITO; GALVÃO, 2010).

Diante da importância desses fatores e comportamentos de risco, que podem causar a transmissão do HPV e, conseqüentemente, o referido câncer, foram desenvolvidas duas vacinas contra esse vírus, a Gardasil, que é quadrivalente, com alvo para o HPV tipos 6, 11, 16 e 18, e a Cervarix, uma vacina bivalente contra os tipos 16 e 18. Em junho de 2006, a Food and Drug Administration (FDA), nos Estados Unidos, aprovou a primeira vacina citada e a



licenciou para mais de 55 países (ROGERS; LOIS; LUESLY, 2006). Ainda possui preço elevado, sendo encontrada somente na rede particular de saúde (STANLEY, 2006).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) atestou a segurança e eficácia das duas vacinas disponíveis no mercado brasileiro (Gardasil e Cervarix) e o MS vem trabalhando em estudos de custo-efetividade sobre a possível adoção de uma delas. O INCA está iniciando pesquisa sobre o perfil epidemiológico do HPV e o coordenador de prevenção e vigilância do INCA ressalta que ambas são seguras e eficazes e por qual delas o Brasil vai optar é uma questão de tecnologia e economia (INCA, 2009b).

Estudo realizado por Wittet e Tsu (2008) recomenda uma triagem adequada na prevenção do CCU, e acredita na introdução da vacina contra o HPV para ajudar a sanar esse problema mundial de grande impacto para a família, pois geralmente essas mulheres cuidam da casa, das crianças e idosos e/ou trabalham fora de casa. Com a doença, perdem o emprego e, muitas vezes, o companheiro também é obrigado a parar de trabalhar para assumir esses cuidados.

A prevenção primária consiste em evitar o aparecimento da doença por meio de intervenções no ambiente e em seus fatores de risco, com isso, a prevenção do CCU consta basicamente de informações sobre o uso de preservativos, prevenção de DST, orientações sexuais desestimulando a promiscuidade, sendo a prática do sexo seguro uma das formas de evitar o contágio pelo HPV; corrigir deficiências nutricionais por meio de uma alimentação saudável com porções diárias de frutas, legumes, verduras, evitar gorduras de origem animal e diminuir a exposição ao tabaco (MINAS GERAIS, 2008).

A prevenção secundária tem se concentrado no rastreamento de mulheres sexualmente ativas, por meio do exame citopatológico do colo uterino (exame preventivo), com o objetivo de identificar mulheres que possam apresentar a doença em fase muito inicial, possibilitando um tratamento eficaz (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

Assim, até o momento, a principal estratégia utilizada para detecção precoce da lesão precursora e diagnóstico precoce do CCU, no Brasil, é o exame preventivo, o qual pode ser realizado nos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais da saúde treinados e capacitados para tal. É importante destacar que o método é aceito pela população e comunidade científica, como seguro, de fácil execução, não invasivo e de baixo custo (HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

O MS preconiza que o exame preventivo deve ser realizado em todas as mulheres sexualmente ativas, priorizando a faixa etária de 25 a 59 anos e com ênfase para as mulheres que nunca o realizaram (INCA, 2008). Nessa faixa etária, o exame deve ser anual e, após dois

exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos, com exceção das mulheres em grupos de risco que devem realizar o exame de Papanicolaou anualmente. Essa recomendação apóia-se na história natural desse câncer, que permite a detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave (BRASIL, 2006d).

Com o objetivo de melhorar a acurácia do exame preventivo, novas técnicas vêm sendo desenvolvidas, sendo uma delas a captura híbrida (CH), que consiste em identificar o Ácido Desoxirribonucleico (DNA) do vírus HPV, rastreando assim, 13 tipos de vírus de baixo risco oncogênico e cinco de alto risco. Essa técnica tem sido proposta como estratégia complementar ou substitutiva da citologia oncótica, promovendo uma triagem imediata de mulheres com mais de 35 anos com neoplasia de baixo grau. Ela também oferece a possibilidade de auto-coleta, o que permite aumento da cobertura do exame, porém, por enquanto, somente o exame preventivo faz parte dos procedimentos cobertos pelo SUS (CAETANO et al., 2006). A CH tem sido aprovada apenas como rastreamento secundário de casos ambíguos e de significado duvidoso e não para uso rotineiro, devido ao seu alto custo e pelo fato de a maior parte das portadoras do vírus oncogênicos não progredirem para o câncer invasor (LINHARES et al., 2004).

A classificação mais atual do esfregaço cervical é o sistema de Bethesda, que incorporou vários conceitos. O diagnóstico citológico deve ser diferenciado para as células escamosas e glandulares, incluindo-as em lesões intra-epiteliais de baixo e alto grau, ressaltando o conceito de possibilidade de evolução para neoplasia invasora e a introdução da análise da qualidade do esfregaço (HAMONT et al., 2008). Já no diagnóstico descritivo podem se observar alterações celulares benignas, atípicas celulares como células atípicas de significado indeterminado que podem ser de origem escamosa, glandular ou de origem indefinida (INCA, 2006b).

O diagnóstico do CCU é predominantemente clínico, com o uso de técnicas de rastreamento populacional, como a colpocitologia, que possibilita o diagnóstico precoce, tanto das formas pré-invasoras como do câncer propriamente dito, além dos exames colposcópico e histopatológico (GIACCIO; GUEDES; BRENNAN, 2005).

Ainda em relação ao diagnóstico, existe uma fase pré-clínica (sem sintomas) do CCU, em que a detecção de possíveis lesões precursoras se faz pela realização periódica do exame preventivo. Conforme a doença progride, os principais sintomas do CCU são sangramento vaginal pós-coito ou pós-menopausa; em estágios mais avançados ocorre anemia, perda de

apetite e peso, dor abdominal, tenesmo vesical e retal, saída de urina e fezes pela vagina e perdas vaginais com odor fétido (OLIVEIRA; LEMGRUBER, 2003).

Moraes (2007) destaca que, em pacientes com diagnóstico firmado de CCU, é necessária a realização de exames complementares que são imprescindíveis para o estadiamento da doença e determinará os tipos de tratamento. Entre os exames utilizados constam as provas laboratoriais, raio x de tórax, ressonância magnética e tomografia computadorizada de abdome e pelve, cistoscopia, retossigmoidoscopia, urografia excretora e, em alguns casos, a ecografia transretal.

O tratamento é indicado com base no estadiamento tumoral, identificação do tipo histológico, idade da paciente, condição clínica, desejo de ter filhos e recursos disponíveis, e os procedimentos podem variar dos mais conservadores até tratamentos mais radicais e complexos como cirurgia, quimioterapia e radioterapia (INCA, 2008).

A cirurgia tem como objetivo promover a retirada do tumor, com mutilação mínima e a obtenção de informações a respeito da biologia do tumor e de seu prognóstico, modulando assim o tratamento adjuvante, com quimioterapia e/ou radioterapia. As modalidades cirúrgicas para o CCU incluem a conização, que pode ser feita também pela cirurgia CAF, e a histerectomia, sendo que esta última tem sido utilizada em estágios iniciais do carcinoma invasivo (WOLSCHICK et al., 2007).

O tratamento radioterápico é uma das modalidades mais utilizadas no tratamento do CCU, associada ou não à cirurgia. A aplicação da radioterapia é realizada basicamente de duas formas: a externa, denominada teleterapia, e a interna, braquiterapia (BRENNAN; RODRIGUES; LA CORTE, 2003).

A quimioterapia tem sido utilizada com frequência como tratamento adjuvante à radioterapia, devido ao sucesso alcançado por essa associação, pois a quimioterapia potencializa os efeitos da radioterapia e torna mais eficiente o processo de combate à célula tumoral (GUIMARÃES, 2008).

O prognóstico da paciente com CCU depende de vários fatores, entre eles: estadiamento clínico; tamanho tumoral e tipo histológico; invasão do corpo uterino; grau de diferenciação tumoral; invasão linfática; presença de metástases e acometimento vaginal. Quanto maior o volume tumoral, invasão tissular e maior número de linfonodos pélvicos e periaórticos comprometidos, pior o prognóstico do CCU (CAMARGOS et al., 2008).

## 2.2. Sistema Único de Saúde – Estratégia Saúde da família

Para falar da ESF, faz-se necessário antes contextualizar a Atenção Primária à Saúde (APS).

O marco histórico da APS, como modelo de atenção à saúde ocorreu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, realizada em Alma Ata, em 1978, na qual a APS foi definida como:

Atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978, p. 14 apud STARFIELD, 2002, p.30).

Nessa Conferência ficou reconhecido que a APS deveria se constituir como parte integral, permanente e onipresente do sistema formal de saúde de todos os países. Além disso, foram apontados os componentes fundamentais da APS: educação em saúde, saneamento ambiental (em especial água e alimentos), programas de saúde materno-infantis, incluindo imunização e planejamento familiar, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional (VERDI; ALONSO, 2005).

Starfield (2002) esclarece que APS pode ser compreendida pela operacionalização e conhecimento dos seus atributos fundamentais: acessibilidade longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção.

Para Mendes (2002) existem três interpretações da APS, sendo: 1) APS seletiva, que seria um programa para populações pobres, em que as tecnologias são de baixo custo e os profissionais de baixa qualificação; 2) APS como primeiro nível do sistema de serviços de saúde, que seria um sistema resolutivo dos problemas comuns de saúde, um modo de organizar e funcionar a porta de entrada do sistema, visando minimizar os custos econômicos

e satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção do primeiro nível; e 3) APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, no sentido de reordenar os recursos, satisfazendo as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde.

No Brasil, a APS que parece mais coerente com o modelo de saúde brasileiro é aquela que se caracteriza como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde (MENDES, 2002).

O conceito de APS, amplamente discutido no Brasil na década de 80, passa a ser adotado pelo MS como AB (WEILLER, 2008) e aposta na ESF no sentido do desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Por isso é a estratégia que o MS propôs para reorientar o modelo assistencial do SUS, seguindo os princípios desse sistema de saúde, promovendo um cuidado integral à saúde do indivíduo e família, com o propósito de trabalho interdisciplinar e intersetorial, promovendo o vínculo das famílias com os profissionais da saúde (LARA; OGATA; MACHADO, 2009).

Castro e Machado (2010) esclarecem que a APS apresenta impacto positivo nos indicadores de morbi-mortalidade, pois promove cuidados em saúde mais efetivos e alcança maior efetividade, eficiência e equidade, quando comparada a sistemas voltados para atenção especializada.

Tendo como um dos pressupostos da APS, a reorganização do sistema de saúde, a Lei Orgânica de Saúde, em 1990, instituiu o SUS como sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o único a garantir assistência integral e gratuita para a totalidade da população, incluindo, portanto, os usuários com câncer. O mesmo vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na Constituição Federal (CF) de 1988, que se preocupou com a cidadania do povo brasileiro e refere-se aos direitos sociais, ou seja, a educação, a saúde, o trabalho, o lazer e a aprendizagem. A Lei nº 8.080/90, conhecida como lei orgânica da saúde ou lei do SUS estabelece como deve funcionar o sistema de saúde em todo território nacional e define quem é o gestor em cada esfera de governo. A Lei nº 8.142/90, cria os conselhos de saúde com a participação popular, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo MS (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

De acordo com o MS (BRASIL, 2007a), o SUS é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos públicos federais, estaduais e municipais, é formado por várias instituições dos três níveis de governo, e pelo setor privado contratado e

conveniada que deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público. O MS também ressalta que cabe ao SUS a tarefa de promover e proteger a saúde, como direito de todos e dever do Estado, garantindo atenção contínua e com qualidade aos indivíduos e coletividades, de acordo com as diferentes necessidades (BRASIL, 2009b).

A Lei nº 8.080/1990 ainda define as diretrizes e princípios do SUS a serem seguidas para a organização e estruturação da saúde como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência; igualdade da assistência à saúde; direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação popular; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2007b).

De acordo com a portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a PNAB, a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e na inserção sócio-cultural, tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2006e). A AB possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracteriza como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, desenvolve ações de vínculo e responsabilização, valoriza os profissionais de saúde através do estímulo à capacitação, realiza avaliação e acompanhamento dos resultados alcançados, estimula à participação popular e o controle social e efetiva a integralidade em seus vários aspectos através da integração de ações programáticas (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, em junho de 1991, o MS implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), atuando na educação em saúde entre as famílias e, em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de ESF com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da comunidade, resolvendo os problemas de saúde mais comuns, reduzindo os danos ou sofrimentos e promovendo uma assistência integral às pessoas

acompanhadas, incorporando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (COSTA; CARBONE, 2004).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje nomeado ESF, representa a proposição de mais largo alcance para a organização da atenção primária, buscando diminuir a distância entre as equipes de saúde e a população, identificando problemas e definindo prioridades. A atenção da ESF está centrada na família e reconhece a saúde como direito do cidadão expressa em melhores condições de vida, em serviços resolutivos e humanizados (TRINDADE; LAUTERT; BECK, 2009). Ainda a ESF veio essencialmente como uma oportunidade de expandir o acesso à atenção primária para a organização da atenção à saúde, de facilitar o processo de regionalização pactuada entre municípios adjacentes e de se coordenar a integralidade de assistência à saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

A opção do MS, ao institucionalizar a ESF como a política nacional de foco primário à saúde, é a de adotar uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde no país, o que justifica contribuir para a orientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, mostrando uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, contudo, a ESF vem sendo implantada gradativamente (BRASIL, 2006a).

Segundo Ramos et al. (2009), o Brasil divide-se em 5.564 municípios, dos quais 5.198 já implantaram a ESF, até março de 2009, totalizando 29.275 equipes e cobrindo uma população de aproximadamente 93,2 milhões de pessoas. Dados de janeiro de 2010 apontam que o Brasil conseguiu implantar 30.440 ESF. Focando o Estado de Minas Gerais, os dados são satisfatórios, uma vez que possui 853 municípios, uma população de 19.852.798, sendo que 834 municípios são cobertos com a ESF, atingindo ao todo 4.068 ESF implantadas, alcançando uma meta de 13.109.822 da sua população coberta com ESF (BRASIL, 2010).

A equipe mínima da ESF deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e seis ou mais ACS, e cada equipe da ESF é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada pelo MS é de 3.000 habitantes. A jornada de trabalho deve ser de 40 horas semanais, e cada ACS é responsável por, no máximo, 750 pessoas (BRASIL, 2008a).

A ESF vem se configurando, no plano da organização dos serviços de saúde, como a estratégia ordenadora da APS, no SUS.

Em relação às atribuições dos profissionais de saúde da AB e ACS no controle do CCU, de acordo com o Caderno de Atenção Básica: Controle dos Cânceres de Colo do Útero

e de Mama (BRASIL, 2006d) e a Política Nacional de Atenção Básica o Ministério da Saúde, Brasil (2006e) destacamos:

#### Do Agente Comunitário de Saúde

- trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica, a microárea;
- cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter o cadastro atualizado;
- orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada;
- estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- conhecer a importância da realização da coleta de exame preventivo como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do CCU na população feminina de sua micro-área;
- realizar busca ativa e rastreamento de mulheres para detecção precoce desse câncer;
- buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita, mantendo a equipe informada sobre as mulheres em situação de risco;
- desenvolver ações educativas relacionadas ao CCU, de acordo com o planejamento da equipe;
- realizar seguimento das mulheres que apresentam resultado do exame preventivo alterado, amostras insatisfatórias e sem anormalidades para o acompanhamento periódico.

#### Do Enfermeiro

- realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na unidade de saúde e, demais espaços comunitários;
- realizar atenção integral às mulheres;
- realizar consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolo ou outras normas da profissão;
- realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e equipe de enfermagem;
- manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas;



- supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e demais profissionais da equipe;
- contribuir e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem, ACS e Técnico em Higiene Dental (THD);

#### Do Médico

- realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- realizar consultas clínicas e procedimentos na unidade de saúde da família, no domicílio e em espaços comunitários;
- realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnóstico;
- encaminhar usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
- indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- realizar atenção integral às mulheres;
- realizar consulta, coleta de Papanicolaou e exame clínico das mamas;
- avaliar quadro clínico, emitindo diagnóstico;
- solicitar exames complementares e emitir prescrição do tratamento medicamentoso;
- encaminhar, quando necessário, as usuárias a serviços de referência de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais e a disponibilidades da usuária;
- realizar atividades de educação permanente com os demais profissionais da equipe.

#### Do Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

- participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na unidade de saúde da família e, quando indicado, no domicílio e espaços comunitários;

- realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe;
- participar do gerenciamento dos insumos e materiais necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde da família;
- realizar atenção integral às mulheres;
- manter a disponibilidade de suprimentos para a realização do exame do colo de útero;

### **2.3. Iniciativas Governamentais Dirigidas à Prevenção do Câncer de Colo de Útero**

As iniciativas governamentais para medidas preventivas, especificamente dirigidas à prevenção do CCU, realizadas através do Programa de Controle do Câncer de Colo do Útero (PCCCU), foram fortalecidas no início da década de 80, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (PEDROSA, 2005).

Entre as principais iniciativas governamentais, no sentido de diminuir as taxas de incidência e mortalidade por CCU, duas delas merecem ser citadas: o Programa Viva Mulher e o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, já mencionado anteriormente. O Programa Viva Mulher consistiu em desenvolver estratégias que reduzissem a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do CCU (e também do câncer de mama). As ações do Programa Viva Mulher envolviam a garantia de tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos e o monitoramento da qualidade do atendimento da mulher, nas diferentes etapas do programa (BRASIL, 2009a).

Nesse programa foi criado o Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO), que é um sistema de informação oficial do MS, importante para o profissional de saúde e gestor avaliarem e planejarem as ações, pois permite acompanhar o desempenho das ações de controle do CCU; a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas; a qualidade da coleta desses exames; o percentual de mulheres que estão sendo tratadas/acompanhadas. Para isso, é necessário o fornecimento indireto dados para avaliar a captação, mulheres novas e cobertura, tudo extraído por meio do preenchimento correto dos dados nos formulários para requisição do exame citopatológico (BRASIL, 2006f). Um estudo realizado por Maeda et al. (2004) esclarece que a utilização do SISCOLO pode orientar medidas de educação continuada e padronização de critérios diagnósticos através de programa de controle de qualidade interno e externo, permanente programa de treinamento,

monitoramento de procedimentos de coleta, fixação e transporte de material citológico para o laboratório de referência.

Também considerando que a saúde da mulher era uma prioridade do governo, em 2003, o MS elaborou o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em que as ações de saúde propostas enfatizavam: a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento, o combate à violência doméstica e sexual e o cuidado à saúde da adolescente e da mulher no climatério. Essa política agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), das portadoras de doenças crônicas não-transmissíveis, como a saúde mental e o câncer ginecológico (BRASIL, 2004).

Dessa forma, entendemos que fornecer subsídios para a adesão das mulheres ao programa de controle do CCU é imprescindível para promover a melhoria das condições de saúde da mulher. A competência dos profissionais inseridos nas ESF e um efetivo controle da doença são necessários para prevenir ou também detectar a doença em fases iniciais.

O pressuposto desse estudo é de que o conhecimento técnico-científico e a forma de atuação dos componentes das equipes de saúde da família influenciam no atendimento às mulheres, fatores esses que implicam num atendimento adequado, visando diminuir complicações e mortes por esse tipo de câncer. Dessa forma, é necessário um seguimento adequado das mulheres com identificação das faltosas aos exames e retornos, acesso facilitado aos serviços, encaminhamentos para diversos níveis de complexidade, informação acerca do exame preventivo e, também, conscientização das mulheres sobre a importância de hábitos de vida saudável e proteção de seu próprio corpo, contribuindo assim, para a melhoria das ações primárias a fim de prevenir e detectar precoce mente o CCU.

**OBJETIVOS**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Este estudo tem como objetivo identificar e analisar as ações implementadas pelas equipes de saúde da família do município de Passos-MG, para a prevenção e detecção precoce do CCU.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar a organização dos serviços e as ações desenvolvidas por esses profissionais junto às mulheres atendidas pela ESF, para a prevenção e detecção precoce do CCU;
- Identificar o conhecimento dos profissionais acerca da prevenção e diagnóstico precoce do CCU.
- Reconhecer a adequabilidade das ações de prevenção do CCU na visão dos profissionais que atuam nas equipes da ESF.

**MATERIAL E MÉTODO**

## 4. MATERIAL E MÉTODO

### 4.1. Tipo de estudo

Para conhecer as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da ESF, no enfoque do CCU, optou-se por realizar um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa quantitativa é um método que se apropria da análise estatística para o tratamento dos dados e aplicada quando é exigido um estudo exploratório para um conhecimento mais profundo do problema ou objeto de pesquisa e deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, podendo classificá-los e torná-los visíveis através de variáveis.

O estudo de natureza exploratória é aquele que permite ao investigador aumentar sua experiência em torno do problema, encontrando elementos necessários que permitam um contato com determinada população, para obter os resultados desejados; consiste em um estudo que descreve um fenômeno ou situação e é realizado em determinado espaço e tempo (KOCHE, 2009).

A coleta de dados deste estudo se deu por meio de entrevista que não se constitui somente em uma fonte de informações, pois além de ser uma técnica de coleta com diferentes abordagens, é um momento de interação entre o pesquisador que pretende coletar informações sobre fenômenos e indivíduos que detenham essas informações e possam emití-las, é um diálogo preparado com objetivos definidos e uma estratégia de trabalho (CHIZZOTTI, 2005).

A entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais, instrumento que pode ser revelador de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram realizadas mediante a aplicação de um formulário (Apêndice A) para dirigir a coleta de dados, o formulário está inserido nos princípios do método científico, dentre os quais se evidencia a busca de objetividade. Diferencia-se de questionário pela maneira de como é aplicado, ou seja, no formulário seu preenchimento é feito de forma indireta, pelo entrevistador (JOSÉ FILHO; LEHFELD, 2004).

O formulário utilizado contém dados sociodemográficos e perguntas, fechadas e abertas, a respeito da atuação dos sujeitos do estudo junto à população feminina, em relação ao CCU. Foi submetido à análise de três juízes, ou seja, profissionais da saúde que trabalham em pesquisa e/ou em assistência, envolvendo a atenção básica em saúde na prevenção do CCU.

## **4.2. Cenário do estudo**

A cidade de Passos-MG possui uma área geográfica de 1.339.20 km<sup>2</sup>, de clima quente, com temperaturas variando entre 20 e 36° C. A população conta com 107.617 habitantes, sendo 98.791 na área urbana e 8.826 na zona rural; 51.757 são mulheres e 25.243 estão na faixa etária de 25 a 59 anos (IBGE, 2007, 2008).

O município faz parte da região do Médio Rio Grande, que congrega 24 municípios, totalizando uma população de 398.090 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2008). A taxa anual de crescimento é de 1,42% ao ano, colocando este município como o 26º maior do estado. A média de habitantes/domicílio é de 3,57. A densidade demográfica é de 72,61 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2008).

A região se desenvolveu com uma economia diversificada. Tem como base as atividades do comércio e indústria, principalmente pelas usinas açucareiras, seguido pela agropecuária, predominando a produção de leite, suinocultura e avicultura. O município tem se firmado também como polo de prestação de serviços da saúde, ensino superior, cursos profissionalizantes e informática (IBGE, 2008).

### **4.2.1. Serviços de Saúde de Passos-MG**

Aliada à boa infra-estrutura, Passos gerencia também toda a política pública de saúde da região, pois na cidade estão sediados todos os órgãos governamentais do setor: Gerência Regional de Saúde (GRS) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, que é responsável por vinte e quatro municípios; Consórcio Intermunicipal de Saúde da



microrregião de Passos (CISMIP), que realiza exames de análises clínicas de alta complexidade e Núcleo Regional do Hemominas.

As principais doenças encontradas na região de Passos são: cardiovasculares, câncer, diabetes, intoxicações por agrotóxicos, doenças infecto-parasitárias, alcoolismo, acidentes vasculares cerebrais, acidentes e violências.

O sistema de saúde conta com atendimentos nos níveis primário, secundário e terciário, sendo que nos casos de alta complexidade, é oferecido o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), como cirurgias cardíacas, transplantes, entre outros. Como o município de Passos não dispõe desses serviços, os usuários são encaminhados para outras cidades.

No que se refere à atenção primária, existem 17 equipes de Estratégia Saúde da Família, nove ambulatórios ou unidades básicas de saúde e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II).

Com relação às 17 equipes de ESF, cinco foram implantadas em 1997, 10 em 2001 e duas em 2004. Sobre a cobertura, são cadastradas, em média, 4.362 pessoas em cada Unidade da Saúde da Família. Dessa forma, as 17 equipes juntas prestam assistência à cerca de 74.113 pessoas, o que corresponde a 71,5% da população total do município. São realizados atendimentos em programas específicos de saúde pública como: PAISM e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, distribuição de medicamentos, visita domiciliar e ações de enfermagem.

No nível secundário de atenção, o município possui uma Policlínica ou Centro de Especialidades Dra. Celina Coelho, que oferece consultas nas especialidades de Cardiologia, Cirurgia Geral, Vascular e Pediátrica, Endocrinologia, Gastroenterologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria e Reumatologia. Conta ainda com um Ambulatório Escola (Ambes) que atua na prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de portadores de HIV/AIDS e hepatites virais. Atualmente é sede também do Programa Viva Mulher, e do Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase (NAEPH). Os mesmos são mantidos através da parceria entre o MS, Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Faculdade de Enfermagem de Passos-MG.

Ainda em relação à atenção secundária, em 2009 foi inaugurado o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Também no mesmo ano criou-se o Núcleo de Assistência em Estomatologia (NAE), que atende pessoas com feridas crônicas e portadores de estomas urinários e intestinais, sendo referência para 24 municípios.

Foi também inaugurada em novembro de 2009, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em substituição ao Pronto Socorro Municipal. A UPA oferece atendimentos 24 horas,

com plantão de clínica médica, cirúrgica e pediátrica, ortopedia e odontologia. Possui 39 leitos, 20 destinados à clínica médica, sendo 10 femininos e 10 masculinos, 10 leitos pediátricos, cinco de observação cirúrgica, e quatro destinados à sala de emergência. Anexo à sala de ortopedia, possui a sala de atendimento de trauma. Também conta com os serviços de raios-X, eletrocardiografia e laboratório de análises clínicas, prestando, em média, 11.000 atendimentos ao mês.

Para este estudo faz-se importante descrever o Programa Viva Mulher, que é referência no nível secundário, no município e visa o tratamento precoce de lesões e principalmente o tratamento e controle do HPV. O mesmo foi implantado em outubro 2003 funcionando uma vez por semana, teve seu fluxo estabelecido somente em 2006 e, deste então, vem sendo estruturado e organizado, e a partir de 2009 conta com dois médicos especialistas e presta assistência de segunda a sexta-feira. Em Passos, as equipes de ESF e ambulatórios encaminham os exames preventivos colhidos para o programa, que se encarrega de enviar para análise laboratorial e checar os resultados posteriormente; exames alterados ficam retidos no programa com agendamento da mulher para iniciar a tratamento, as mulheres recebem tratamento médico adequado, sob constante monitoramento. Dados atuais, de fevereiro de 2010, mostram que o Programa conta com 1.115 mulheres cadastradas (MINAS GERAIS, 2010).

Já na atenção terciária, a cidade de Passos dispõe de três estabelecimentos hospitalares, sendo dois de atendimento geral (clínica médica e cirúrgica) e um psiquiátrico.

O primeiro é a Santa Casa de Misericórdia de Passos, considerada um hospital regional, que presta atendimento a pacientes em um raio de trinta cidades. Em média, 75% das internações são custeadas pelo SUS e dispõem de Serviços de Urgência e Emergência, Clínica Médica, Clínica Pediátrica e Adulto, Clínica Cirúrgica, Bloco Cirúrgico com seis salas, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, pediátrica e neonatal, Alojamento Conjunto, Hemodiálise, Oncologia, Fisioterapia, Urologia, Ortopedia, Nutrição e um amplo serviço de apoio e diagnóstico, com laboratório de análises clínicas, patológicas e por imagem, incluindo tomografia e ressonância magnética.

A Santa Casa de Passos conta também com o Hospital Regional do Câncer (HRC), que funciona desde dezembro de 2009, com os setores de quimioterapia e internações, sendo o setor de radioterapia inaugurado no final de 2010.

Encontra-se também em Passos, o Hospital Psiquiátrico Otto Krakauer, mantido por uma fundação criada pela maçonaria. Atende pacientes de 60 cidades que buscam a instituição, cujas internações são, na sua grande maioria, custeadas pelo SUS. São realizados

400 atendimentos por mês para: Tratamento Psiquiátrico em nível ambulatorial e de internação, Serviço de Nutrição e Dietética, Lazer e Recreação, além de outras atividades afins.

Outro estabelecimento de atenção terciária é o Hospital Unimed, que atende internações particulares e o próprio convênio. Possui 60 leitos incluindo: serviço de Urgência e Emergência, Bloco Cirúrgico, Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Ginecologia, Obstetrícia, Ortopedia, Pneumologia e Cardiologia, possuem laboratório de análises clínicas, e serviços de diagnóstico por imagem.

#### **4.2.2. Local do Estudo**

Este estudo foi realizado nas 17 unidades de ESF, com os profissionais de saúde que compõem as equipes: Aclimação, Bela Vista I, Bela Vista II, Carmelo, Casarão, Coimbras I, Coimbras II, Escola, Nossa Senhora das Graças, Nossa Senhora Aparecida, Novo Horizonte, Planalto, Penha I, Penha II, Polivalente, Santa Luzia e São Francisco localizados no município de Passos-MG, totalizando 17 equipes como referência.

As equipes da ESF possuem um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis ACS, um recepcionista e um auxiliar de serviços gerais, responsável pela higienização do local. No momento da coleta, uma das unidades estava sem o profissional médico e outra sem o profissional enfermeiro.

#### **4.3. Sujeitos do estudo**

Foram convidados a participar, 85 trabalhadores, que atuam nas ESF, sendo um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde, de cada uma das 17 unidades. O critério para a seleção dos profissionais de saúde foi estar exercendo suas atividades no período da coleta (não estar de férias ou afastado do serviço) e para os ACS, além do critério citado acima, atuar há mais de um ano na mesma unidade de saúde.

#### 4.4. Aspectos éticos

Para este estudo foram respeitados todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, de acordo com as recomendações da resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Primeiramente foi solicitada à SMS de Passos, por meio de um ofício, autorização para a realização da pesquisa nas ESF, sendo encaminhado um ofício para o secretário municipal de saúde e outro para a coordenadora das ESF (Apêndice B e C). Após a obtenção dessa autorização, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado em 28/10/2009, OF.CEP.EERP/USP – 251/2009 sob protocolo nº 1086/2009 (Anexo A).

#### 4.5. Coleta de dados

Após aprovação do CEP, o convite para participar do estudo foi feito aos profissionais, em horário comercial, no próprio local de trabalho, ou seja, nas 17 unidades de ESF, onde também foram realizadas as entrevistas pela própria pesquisadora, que forneceu em cada unidade de ESF, esclarecimentos sobre os objetivos, métodos, finalidades da investigação, critérios de escolha dos ACS e solicitou a permissão para as entrevistas serem gravadas. Em seguida, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D), em duas vias, que foram assinadas pela pesquisadora e pelo entrevistado, ficando uma via com cada um deles. Aqueles que aceitaram participar, responderam às questões contidas no formulário em uma sala privada.

O período da coleta de dados foi de 04 a 23/01/2010, no horário de funcionamento das unidades de ESF, ou seja, de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 11:00 e das 12:30 às 16:30 horas. O preenchimento do formulário levou, em média, 20 a 30 minutos. As questões fechadas foram gravadas e anotadas no próprio formulário e as abertas somente gravadas.

Entre as dificuldades ocorridas na realização da coleta de dados encontramos: distância relativamente grande entre as unidades de saúde; disponibilidade dos profissionais que algumas vezes estavam ocupados no trabalho ou desenvolvendo algum procedimento fora da unidade de saúde, o que resultou em várias visitas a uma mesma unidade. No entanto, a

colaboração da SMS, da coordenadora da ESF e dos sujeitos da pesquisa foram fatores facilitadores.

#### **4.6. Análise dos dados**

Procedeu-se a um tratamento quantitativo, por meio da análise estatística descritiva, em um processo de classificação dos dados e descrição dos mesmos. Como afirmam Barros e Lehfeld (2010), esse é um modo de distribuir e selecionar os dados a fim de reuni-los em classes ou grupos, de maneira que estejam relacionados com o objetivo da pesquisa. Assim, foram reunidas todas as respostas dos formulários em que as variáveis obtidas se repetiam, de forma a quantificar para verificar a frequência com que apareciam.

Na pesquisa descritiva, o pesquisador observa, registra, analisa e correlaciona os fatos ou os fenômenos sem manipulá-los, e pode-se chegar à elaboração de perfis, cenários, entre outros (BARROS; LEHFELD, 2010).

A apresentação dos dados foi feita através de distribuição por frequência ou tabulação, que se entende por uma apresentação em uma coluna de qualidades e/ou valores diferentes de uma variável, usando, então, uma tabela univariada (BARROS; LEHFELD, 2010).

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conjunto de resultados do estudo apresenta-se em resposta ao objetivo proposto, de identificar e analisar as ações implementadas pelas ESF de Passos, para prevenção e detecção precoce do CCU, e aos objetivos específicos, iniciando-se pelo perfil dos participantes.

### 5.1. Perfil dos sujeitos entrevistados

Participaram do estudo 73 trabalhadores da saúde, sendo 11 médicos, 12 enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem e 34 ACS.

Entre os convidados, quatro médicos recusaram-se a participar, um encontrava-se em férias e uma unidade estava sem o profissional da categoria médica, aguardando a realização de um processo seletivo. Entre os enfermeiros, quatro estavam em férias e também uma unidade sem o profissional, aguardando o processo seletivo. Já na categoria dos técnicos, apenas um sujeito do estudo recusou-se a participar, e todos os ACS participaram.

Durante as entrevistas, todos os participantes estavam bastante motivados em responder as perguntas, pois elas eram diretamente relacionadas à prática diária deles como membros das ESF, focando a saúde da mulher e visando a prevenção do CCU.

A Tabela 1 mostra o perfil dos participantes da pesquisa, quanto à idade, sexo, estado civil, grau de instrução e função na equipe da ESF.

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas segundo idade, sexo, escolaridade e estado civil dos trabalhadores das ESF do município de Passos/MG, 2010

Variável	N	%
<b>ACS</b>		
<b>Idade</b>		
18 - 25 anos	03	9,00
26 - 35 anos	17	50,00
36 - 45 anos	06	17,50
46 - 55 anos	08	23,50
<b>Sexo</b>		
Feminino	32	94,00
Masculino	02	6,00
<b>Escolaridade</b>		
Ensino médio completo	24	70,00
Ensino superior completo	05	15,00

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ensino superior incompleto	05	15,00
<b>Estado Civil</b>		
Casado (a)	15	44,00
Solteiro (a)	12	35,00
Separado (a)	05	15,00
União Estável	02	6,00
<b>Técnicos de enfermagem</b>		
<b>Idade</b>		
18 - 25 anos	01	6,25
26 - 35 anos	04	25,00
36 - 45 anos	05	31,25
46 - 55 anos	06	37,50
<b>Sexo</b>		
Feminino	16	100,0
<b>Escolaridade</b>		
Ensino médio completo	13	81,25
Ensino superior completo	03	18,75
<b>Estado Civil</b>		
Casado (a)	09	56,25
Solteiro (a)	04	25,00
Separado (a)	01	6,25
União Estável	02	12,50
<b>Enfermeiros</b>		
<b>Idade</b>		
18 - 25 anos	01	8,50
26 - 35 anos	05	41,50
36 - 45 anos	03	25,00
46 - 55 anos	02	16,50
> 55 anos	01	8,50
<b>Sexo</b>		
Feminino	10	83,50
Masculino	02	16,50
<b>Escolaridade</b>		
Ensino superior completo	12	100,0
<b>Estado Civil</b>		
Casado (a)	05	41,50
Solteiro (a)	05	41,50
Separado (a)	01	8,50
União Estável	01	8,50
<b>Médicos</b>		
<b>Idade</b>		
26 - 35 anos	05	45,50
36 - 45 anos	03	27,50
46 - 55 anos	02	18,00
> 55 anos	01	9,00
<b>Sexo</b>		
Feminino	06	54,50
Masculino	05	45,50
<b>Escolaridade</b>		
Ensino superior completo	11	100,0
<b>Estado Civil</b>		
Casado (a)	05	45,50
Solteiro (a)	03	27,50
Separado (a)	02	18,00
Viúvo	01	9,00



Conforme se observa, a idade dos 73 participantes variou de 23 a 59 anos, sendo predominante a faixa etária dos 26 aos 35 anos (45,20%) e a maioria é do sexo feminino (86,30%). Quanto à escolaridade, além dos profissionais com ensino superior, relativo aos médicos e enfermeiros, é importante citar que 18,75% dos técnicos de enfermagem também cursaram a faculdade. Entre os ACS, 15% concluíram o ensino superior e 70% o ensino médio, o que é satisfatório para o desenvolvimento das atividades dentro da ESF, uma vez que para o cargo de ACS é exigido que se tenha apenas o ensino fundamental completo. Já em relação ao estado civil, 48,00% são casados e 32,00% são solteiros.

Ainda investigamos os sujeitos deste estudo a respeito do tempo de atuação nas equipes da ESF.

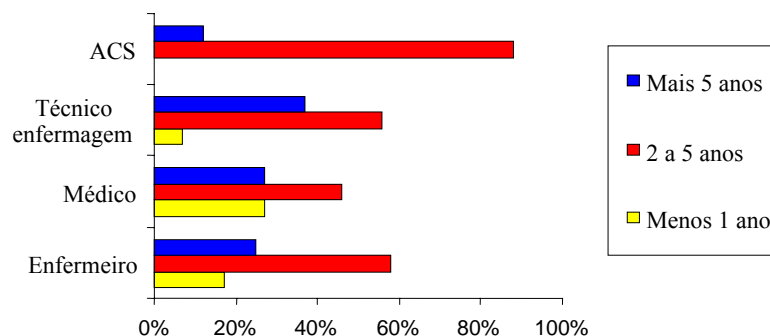


Gráfico 1 - Distribuição do tempo de atuação em equipe da ESF dos trabalhadores do município de Passos/MG, 2010.

O gráfico mostra que entre os enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, o tempo de atuação na ESF é de até cinco anos, relativamente parecido, e poucos atuam há mais de cinco ou há menos de um ano nas equipes.

Já entre os ACS, todos atuam há mais de um ano nas equipes da ESF, uma vez que esse era um dos critérios de inclusão no estudo. Acreditamos que isso facilita o vínculo e o conhecimento das necessidades de saúde da população a ser atendida. Além disso, trabalham no bairro de sua residência, o que é benéfico para eles e para a comunidade, considerando que a proximidade geográfica entre domicílio e trabalho também apresenta potencial para diminuir o número de faltas no serviço (BRASIL, 2006a).

É importante citar que, no município onde se realizou o estudo, os ACS e técnicos de enfermagem são concursados, diferentemente do que acontece com os enfermeiros e médicos,

que realizam um processo seletivo simplificado e assinam um contrato de trabalho por tempo determinado, que pode ser renovado anualmente.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propõe que é função da administração pública e dos coordenadores da ESF desenvolver relações de vínculo e responsabilização para com os profissionais da equipe, pois, assim, estará garantida a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado de saúde da população adscrita; também é dever municipal valorizar os profissionais de saúde por meio de estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação (BRASIL, 2006a).

Os diferentes tipos de contrato desses profissionais, no município, ao nosso entendimento, caracterizam uma maior rotatividade, desvalorizam os trabalhadores e desestimulam a efetivação das ações propostas. O fato de algumas categorias não possuírem vínculo empregatício confirma a existência de formas inadequadas de contrato de trabalho, contrapondo os princípios da PNAB que determina a responsabilidade das diversas esferas de governo para com o exercício profissional na área da saúde, mais especificamente, na AB.

Relacionado a isso, Flegeler et al. (2008) confirmam, em seu estudo, que o contrato temporário rompe com as regras básicas de regulamentação do trabalho como: estabilidade, jornada e direitos previdenciários e trabalhistas, o que causa mudanças relevantes nas formas de estruturação da força de trabalho no âmbito do SUS, comprometendo, assim, a relação dos servidores com o sistema e prejudicando a qualidade e a continuidade das ações e serviços essenciais à população.

## **5.2. Organização dos serviços e ações dos componentes das equipes de saúde das ESF**

No que se refere às ações desenvolvidas pelos trabalhadores das equipes das ESF são apresentados, a seguir, dados em relação à prevenção e detecção do CCU, com ênfase naquelas direcionadas para os fatores de risco, prevenção e detecção precoce, sinais e sintomas, seguimento das mulheres com exame de preventivo alterado e informações referentes à organização e estruturação dos serviços de saúde, visando a saúde da mulher.

### 5.2.1. Estratégias para estimular a realização do exame de Papanicolaou

Solicitamos aos participantes que, ao realizarmos a leitura do instrumento de coleta de dados, informassem, dentre as estratégias citadas, quais eram aquelas utilizadas pela equipe de saúde da família da qual eles faziam parte, para facilitar a realização da coleta do exame preventivo (Gráfico 2).

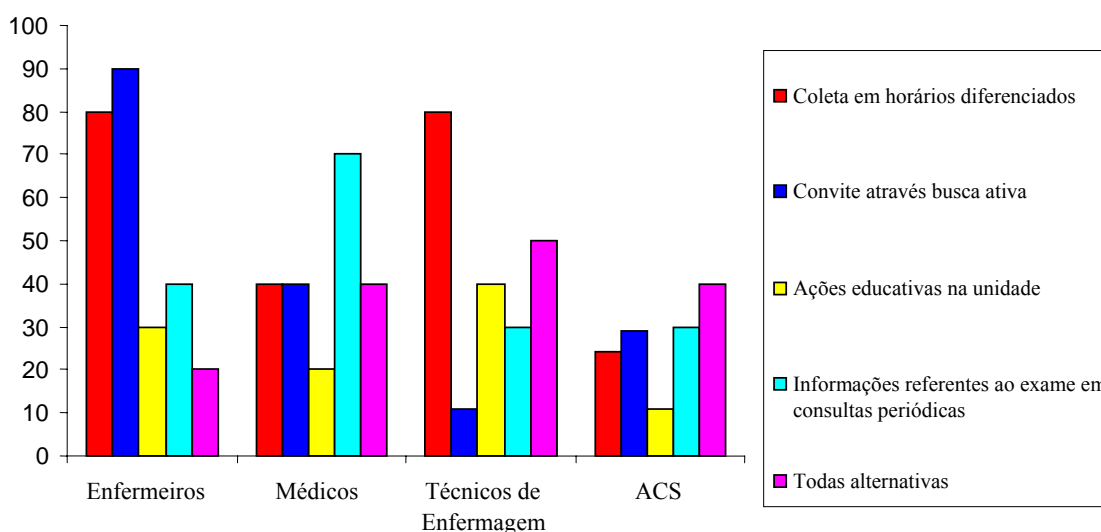


Gráfico 2 - Distribuição das estratégias utilizadas pelos trabalhadores da ESF, visando estimular a realização do exame de Papanicolaou, no município de Passos/MG, 2010.

O gráfico evidencia que todos os trabalhadores utilizavam várias estratégias para facilitar a coleta e, conseqüentemente, aumentar a cobertura do exame de Papanicolaou. Destacamos a coleta diferenciada no período noturno, oferecida por todas as unidades, uma oportunidade para as mulheres que trabalham durante o dia todo, em casa ou fora dela. Consideramos essa alternativa uma contribuição importante nas ações de prevenção do CCU, portanto, uma iniciativa da ESF do município para ser ressaltada e que deve ser mantida e estimulada, pois proporciona às mulheres uma oportunidade maior para coleta do exame.

Em relação a isso, Domingos et al. (2007) consideram que estabelecer, dentro da ESF, um programa com horários diferenciados de coleta do exame, distintos daqueles do trabalho das mulheres, é realmente uma medida eficaz para captá-las e aumentar a cobertura do exame. Peloso, Carvalho e Higarashi (2004) acrescentam que seria importante também rastrear as

mulheres que nunca fizeram o exame ou que não o realizam com frequência, utilizando a busca ativa para concretizar essa ação.

Outro meio utilizado pelas equipes das ESF, para facilitar a cobertura do Papanicolaou, é a busca ativa das mulheres que foi relatada principalmente pelos ACS, ao contrário da realização de ações educativas na própria unidade e informações referentes ao exame de Papanicolaou em consultas periódicas, que foram as estratégias menos utilizadas pelos trabalhadores.

A SES preconiza que o ideal para as ESF seria aplicar as quatro ações citadas no gráfico 2, em conjunto, uma vez que considera responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica à prevenção do CCU: captação e ações educativas direcionadas às mulheres, informações sobre o câncer e saúde, coleta da citologia oncótica, entrega de resultados de exames, busca ativa de mulheres que não comparecem ao serviço e encaminhamento adequado para outro nível de atenção (MINAS GERAIS, 2006). O que o Gráfico 2 nos mostra, no entanto, é que no caso do município estudado, esse conjunto de ações é realizado por um grupo restrito de trabalhadores.

Entendemos que uma possibilidade para melhorar a cobertura do exame seria aproveitar a oportunidade de realizar coletas nas situações em que a mulher comparece à unidade, seja para sua própria consulta ou como acompanhante de outros usuários. Ressaltamos que entre os participantes deste estudo não foi mencionada essa ação.

Para nós, as práticas educativas são de alta relevância e poderiam ser mais utilizadas pelas equipes entrevistadas para este estudo, pois muitas mulheres, por seus valores ou por questões culturais, não reconhecem ou têm resistência às medidas de prevenção e detecção precoce do CCU. Elas têm medo do exame provocar dor, e não o realizam, ou têm receio do resultado ser positivo e, por isso, algumas delas até o realizam, mas não voltam para saber o resultado. Outras têm vergonha de realizar o exame preventivo, ou até mesmo desconhecem o teste de Papanicolaou e onde realizá-lo. Há casos em que os parceiros não permitem que as mulheres realizem o exame.

Entre estudos que corroboram com essas afirmações, destacamos Souza et al. (2008) cujo estudo mostrou que as mulheres deixam de realizar o preventivo por medo, vergonha, ansiedade, nervosismo e dor. Os autores constataram, por meio das falas das participantes, que isso acontece devido à falta de conhecimento sobre o exame e o despreparo dos profissionais no momento da coleta do Papanicolaou, apontando como deficiência o diálogo. Moura et al. (2010) relatam ainda que as mulheres apresentam um nível baixo de

conhecimento sobre o exame de Papanicolaou e, com isso, demonstram constrangimento, medo, ansiedade e preocupação em realizá-lo.

Cabe ressaltar aqui a baixa valorização, pelos profissionais pesquisados, acerca da educação em saúde como um processo de troca de saberes e experiências entre as usuárias e profissionais, pois acreditamos que não basta somente oferecer o exame, as mulheres precisam reconhecer essa necessidade e conhecer seus direitos relacionados à prevenção do CCU.

Nesse sentido, o INCA (2008) preconiza que a estratégia de captação das mulheres, para a realização do exame preventivo, deve ser priorizada e organizada de modo a garantir não só o atendimento, como também a entrega do resultado e o seguimento das mulheres em todo o processo.

Apesar das ações educativas para a prevenção do CCU não serem praticadas por todos os entrevistados, diante da importância destas, procuramos saber entre eles, quais ações eram oferecidas às mulheres residentes na área de abrangência de sua unidade, com a finalidade de prevenir o CCU.

Obtivemos, de 29 participantes do estudo, a resposta de que na sua unidade de saúde não realizam ações educativas. Durante a entrevista, alguns justificaram essa não realização devido à falta de espaço físico e/ou de tempo, pois na maioria das vezes estão realizando intervenções (médicas ou de enfermagem); outros comentaram que as mulheres não aderem adequadamente às ações realizadas na unidade. Já os 44 profissionais que realizam essas ações descrevem-nas da seguinte forma: 30 (68,00%) realizam palestras em sala de espera, enquanto os usuários aguardam o atendimento, e também no dia específico da coleta do Papanicolaou; 06 (14,00%) promovem a exibição de vídeo explicativo sobre prevenção, fatores de risco, tratamento e hábitos de higiene e, ainda, 08 (18,00%) oferecem informações, orientações, distribuição de panfletos e campanhas para a coleta do exame de Papanicolaou.

Identificamos, assim, que algumas ações educativas são aplicadas pelos entrevistados, porém Canido et al. (2007) reforçam que o município precisa manter atividades e ações rotineiras que encorajem as mulheres à prevenção desse câncer, e deveriam incluir discussões pela mídia, palestras, atividades em grupo. É necessário, ainda, que os profissionais estejam aptos a buscar mulheres para a realização do exame e não se restringirem a atuar apenas nas campanhas promovidas pelo MS.

O MS, por sua vez, recomenda que as ações educativas, referentes ao controle do CCU, devem ser realizadas permanentemente com as mulheres e o controle de DST também deve ser incluído (BRASIL, 2006d). A Agência Nacional de Saúde (2007) afirma que realizar

ações educativas, abordando questões relacionadas aos fatores de risco para o CCU, é importante no controle do mesmo e desenvolver ações que abordem a saúde da mulher de forma integral também é útil, no intuito de trazer a mulher para a unidade de saúde.

Santos, Moreno e Pereira (2009) acrescentam que os profissionais de saúde precisam ir além de uma coleta de exame, devem cumprir seu papel educativo, para propiciar a mudança de comportamento das mulheres frente a esse câncer.

Outra orientação do MS é a de que ações educativas devem ser de responsabilidade de toda a equipe da ESF, podendo ser realizadas em grupo, nos serviços de saúde e nos diversos espaços sociais existentes na comunidade, fazem parte do dia a dia das equipes e contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2009b). Dentro da equipe o enfermeiro é o articulador das ações, um profissional capacitado para planejar, organizar e desenvolver ações que correspondam às reais necessidades das mulheres, articulando diversos setores, mobilizando-as e envolvendo-as nas atividades, com acolhimento de forma digna e humanitária (PRIMO; BOM; SILVA, 2008).

Acreditamos que essa mudança de comportamento é possível e depende do esforço e da competência dos trabalhadores que cuidam dessas mulheres. Além de estratégias adequadas para facilitar a procura pela unidade de saúde por parte da mulher, estimulando-a a realizar o exame preventivo para o CCU, é necessário ainda que ela seja convencida da importância e necessidade da coleta do exame, com a correta periodicidade, assim como de saber o resultado, ela deve conhecer os sinais e sintomas do CCU e as consequências da doença.

Pelloso, Carvalho e Higarashi (2004) afirmam que o acesso inadequado da mulher aos serviços de atendimento básico à saúde é um dos empecilhos para a realização do exame; constataram em seu estudo que as barreiras financeiras, localização dos serviços de saúde, transporte e principalmente barreiras organizacionais, como a burocracia no tempo gasto na marcação das consultas, da espera para atendimento, constituem uma deficiência para atingir a cobertura do exame.

### 5.2.2. Divulgação e adesão às ações educativas

É importante que a mulher participe ativamente das ações educativas oferecidas pela unidade de saúde. No entanto, para isso é necessário que essas ações sejam adequadamente elaboradas, programadas e divulgadas, a fim de que a adesão ocorra de forma eficaz.

Nesse sentido, o INCA (2008) orienta que os locais e horários de atendimento dos serviços de saúde que podem realizar o procedimento (Papanicolaou), e outras ações, devem ser amplamente divulgados.

Em relação à divulgação das ações desenvolvidas pela ESF e/ou pela SMS à população, verificamos que a maioria (46 - 64,00%) dos participantes deste estudo julga que as ações, voltadas para a saúde das mulheres no município, são parcialmente divulgadas. Nas respostas, as questões abertas do formulário aplicado para coleta dos dados, comentaram que a divulgação deveria ser realizada pelos meios de comunicação da cidade como rádios, jornais, além da disponibilização de um carro com alto-falante percorrendo os bairros, para alertar as mulheres, complementando o trabalho das equipes da ESF.

Essas observações estão de acordo com estudo realizado por Rodrigues Neto, Figueiredo e Siqueira (2008), os quais destacam que as principais fontes de informação que as mulheres utilizam são televisão, rádio, jornal ou revista.

No município estudado, as equipes da ESF colocam avisos na unidade de saúde quando será promovida alguma campanha; fazem divulgação, aos sábados, em praça pública, ou mesmo os ACS avisam nos domicílios, porém eles acreditam que isso não é suficiente para atingir todas as mulheres e que as estratégias para atrair a população precisam ser aprimoradas.

Para o MS, deve haver uma divulgação adequada das ações da equipe de saúde, no sentido de estimular a participação da população, oferecendo-lhe subsídios para um autocuidado satisfatório, contribuindo na prevenção e controle de problemas de saúde (BRASIL, 2006g). Oliveira e Pinto (2007) reforçam que qualquer ação que ocorra na ESF deve ter divulgação e informações prévias e orientação para diferentes camadas da população, principalmente visando atingir a população feminina mais simples, pois a desinformação é uma barreira para o sucesso de ações educativas.

Assim, percebemos que a divulgação adequada das ações é primordial, no sentido de promover maior adesão das interessadas.

Nesse sentido, investigamos como os sujeitos deste estudo consideram a adesão das usuárias às ações referentes ao CCU, oferecidas pela equipe de saúde da família.

A maioria (40 - 55,00%) dos participantes considera a adesão das mulheres frente às ações educativas desenvolvidas pela unidade de saúde como boa, referindo que as mulheres participam das atividades promovidas pela ESF, porém deve-se observar também que outros (27 - 37,00%) consideram essa adesão regular ou ruim, e apenas 8,00% (6) a consideram ótima.

Sabemos que a adesão não envolve aspectos somente da equipe, mas também aspectos individuais das mulheres em relação às ações educativas. As equipes da ESF precisam divulgar mais suas ações, proporcionar atrativos para as mulheres, convencendo-as da necessidade da prevenção diante de um sério problema de saúde pública que atinge nosso país e fazendo com que elas se interessem em participar das ações promovidas. As mulheres devem ser estimuladas e despertadas para o autocuidado; elas, por sua vez, precisam participar, cooperar e aceitar a oferta das ações de prevenção deste câncer, e até mesmo, agir como multiplicadoras de informações dos serviços e ações oferecidas nas unidades.

Em relação à percepção positiva dos trabalhadores em torno da adesão das mulheres, acreditamos que essa se deve ao fato de que a realização regular do exame preventivo é tida por eles como a principal atitude da mulher frente à prevenção do CCU e entendem que elas procuram o serviço para coleta do Papanicolaou com a frequência preconizada pelo MS, porém isso não acontece quando é oferecida alguma palestra ou outra atividade, das quais elas quase não participam.

Horta e Fonseca (2008) confirmam que as mulheres aderem ao exame preventivo, porém quando outras ações de saúde são realizadas, visando a conscientização delas quanto à importância da prevenção do CCU, como palestras, eventos, entre outros, a adesão não é a mesma e atribuem esse fato à falta de uma programação anual das atividades a serem desenvolvidas.

Cruz e Loureiro (2008) exemplificam que para uma boa adesão a campanhas preventivas é preciso tornar as ações de prevenção mais próximas das crenças das mulheres, estando, portanto, o comportamento de prevenção baseado na cultura de cada mulher.

Ainda abordando a adesão das mulheres e entendendo que, por todas essas questões já mencionadas, algumas realmente faltam à coleta do Papanicolaou agendado, ou mesmo não retornam para buscar o resultado do exame, buscamos identificar, entre os participantes do estudo, qual o procedimento por eles adotado quando isso acontece.



### 5.2.3. Busca ativa e seguimento das clientes

A resposta a essa dúvida mencionada no parágrafo anterior, confirmada por 94,00% (69) dos entrevistados é de que, em ambos os casos, realiza-se a busca ativa dessas mulheres. Os 6,00% (04) restantes relataram outra forma de abordar as mulheres, ou seja, aguardar que elas mesmas procurem a unidade para buscar seu exame e também agendar outro dia para colher o Papanicolaou.

Quanto ao profissional que realiza essa busca, 86,00% (63) dos entrevistados responderam que ela é realizada pelos ACS; 8,00% (06) que é realizada pelos enfermeiros. Esses resultados mostram que, na maioria das unidades de saúde, a busca ativa é realizada pelos ACS.

Nesse sentido, a SES de Minas Gerais preconiza que o médico de saúde da família oriente a equipe para realizar a busca ativa das mulheres com exame alterado e organize os processos de trabalho para realização dessa atividade (MINAS GERAIS, 2008). O MS reconhece como sendo função dos ACS a realização da busca ativa para rastreamento de mulheres para detecção precoce do CCU e, também, a realização do seguimento das mulheres que apresentam resultado do exame preventivo alterado (BRASIL, 2006d).

Para o INCA (2008), o enfermeiro deve participar do processo de encaminhamento das mulheres com exame anormal, garantindo tratamento e seguimento adequado.

Quando a mulher não retorna para buscar o resultado do exame, há um desperdício de tempo e recursos por parte do serviço de saúde e da mulher, pois o objetivo da prevenção do câncer não é alcançado, podendo levar a complicações e alto custo para os serviços de saúde (HORTA; FONSECA, 2008).

Estudo realizado em 2006 retrata os motivos que levam as mulheres a não retornarem para buscar o exame de Papanicolaou e entre eles está a falta de interação profissional-paciente e, também, em relação ao serviço, o atraso na liberação do resultado, falha de comunicação entre a cliente e o profissional e dificuldade de conseguir um novo atendimento (GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006).

Destacamos, portanto, a importância da busca ativa das mulheres que não retornam para buscar o resultado do exame e, nesse sentido, as equipes da ESF de Passos parecem atuar satisfatoriamente na realização dessa busca, a qual pode ser facilitada quando se tem um registro adequado das clientes que se submetem ao teste de Papanicolaou. Isso facilita o seguimento, em especial, daquelas mulheres que apresentarem alterações no exame.

#### 5.2.4. Registro das informações sobre a cliente

Constatamos, pelas entrevistas, que 99,00% das unidades de saúde estudadas possuem alguma forma de registro das mulheres que fazem o exame preventivo e os participantes explicaram que utilizam o chamado “arquivo rotativo”, onde anotam dados clínicos de inspeção do colo, data da coleta atual e da próxima coleta. Esse arquivo fica disponível para os ACS verificarem se na sua micro-área de abrangência é necessário realizar uma busca ativa de mulheres que precisam realizar o preventivo; também utilizam um caderno, em que o enfermeiro anota o nome de cada mulher, data de nascimento, dia da coleta, inspeção do colo (achados visíveis) e, posteriormente, o resultado do exame.

A SES de Minas Gerais ressalta que, no livro de registro, é importante anotar dados da mulher como identificação, endereço, telefone, data da coleta do exame preventivo, observações clínicas e resultado do exame, com controle para busca ativa dos casos alterados. Dessa forma, facilitaria a localização das mulheres e obtenção dos resultados dos exames realizados na ESF (MINAS GERAIS, 2008).

E ainda, o MS em relação à prevenção e controle do CCU, propõe a utilização da agenda da mulher, contendo sua história clínica ginecológica, anotada por médicos e enfermeiros, além dos dados completos referentes à realização do exame preventivo. A agenda também deve oferecer variadas informações às usuárias sobre DST, CCU e de mama (BRASIL, 2006d).

Percebemos que, quanto a essa questão, as unidades estão organizadas e as fichas do arquivo rotativo foram fornecidas pela SES como forma de melhorar a assistência no programa de prevenção do CCU. Porém, ainda, é necessário aprimorar algumas ações além da busca ativa, para uma efetiva atuação na prevenção e controle do câncer cérvico-uterino, no que se refere ao seguimento das mulheres com exame preventivo alterado. Acreditamos que um sistema de referência e contra-referência bem estruturado possa contribuir nesse sentido, uma vez que proporciona a responsabilização entre os níveis de complexidade de saúde e às usuárias, uma garantia de resolubilidade e segurança diante do seu problema de saúde.

### 5.2.5. Sistema de referência e contra-referência

No município onde este estudo foi realizado, os exames preventivos do CCU são coletados pela enfermeira nas ESF e, pelos médicos ginecologistas, em cinco ambulatórios da cidade. As mulheres que necessitam de acompanhamento por alteração no exame, colposcopia, CAF e/ou biópsia são acompanhadas pelo Programa Viva Mulher, um serviço de atendimento de nível secundário. Já o atendimento em nível terciário, para tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico, é realizado na Santa Casa de Misericórdia de Passos-MG.

Quando abordamos os entrevistados a respeito do sistema de referência e contra-referência, 97,00% deles responderam afirmativamente sobre sua existência nas unidades de saúde em que trabalham, porém apresentaram dúvidas ao explicar a operacionalização desse sistema. Esclareceram que o funcionamento é da seguinte forma: todo exame colhido nas ESF, as lâminas com o material da coleta e o formulário são encaminhados dentro de uma pasta identificada com o nome de cada ESF para o Programa Viva Mulher (referência para exames alterados no município, onde trabalham dois médicos especialistas).

O Programa Viva Mulher funciona, desde dezembro de 2009, no ambulatório Escola da Faculdade de Enfermagem. A enfermeira do Programa encaminha o material para o laboratório de Patologia da Santa Casa de Passos e, quando os resultados ficam prontos, o laboratório os encaminha novamente para essa enfermeira que verifica os exames antes de enviar novamente para a ESF de origem. Os resultados de exames sem anormalidades ou indicando alguma infecção que possa ser tratada em nível de atenção básica são encaminhados à ESF. Já os exames com resultados alterados são retidos e é encaminhado a ESF um relatório com o nome da paciente, data e horário agendado para a mesma procurar o Viva Mulher. A enfermeira da ESF delega para os ACS a realização da busca ativa para que a paciente se dirija ao Programa o mais rápido possível.

Diante dessas considerações, indagamos sobre a contra-referência para as equipes de ESF e eles relataram que o Programa não envia um relatório da conduta realizada com essas mulheres e que eles somente ficam sabendo quando as mulheres procuram a unidade para atendimento.

Percebemos, então, que a referência funciona adequadamente no município, porém a contra-referência não, ficando os trabalhadores das ESF sem saber o que aconteceu com as mulheres que tiveram o exame alterado, sendo necessário para isso, questionar a própria

usuária, o que não deveria ocorrer, uma vez que a ESF também é responsável pelo seguimento de mulheres com exames alterados. Isso se torna possível por meio das visitas domiciliares, o que contribuiria para o envolvimento e interação da usuária, família e profissional nos cuidados de saúde, bem como no acompanhamento da evolução do tratamento no próprio domicílio.

Para o MS, a importância do seguimento das mulheres examinadas é elemento fundamental na avaliação da efetividade das ações de controle do câncer de CCU. A vigilância deve incluir processos de rastreamento, permitindo a identificação das mulheres que se tornam casos positivos durante a sua avaliação. O importante é que a equipe de saúde seja capaz de fazer esse seguimento, identificar e ter acesso facilitado às informações que permitam avaliação das ações (BRASIL, 2009a).

Para efetividade do sistema, as usuárias devem ser encaminhadas ao nível secundário com o formulário de referência, explicitando o motivo e contendo história clínica, resultado da citologia e exames prévios. Quando as mulheres forem re-encaminhadas à ESF de origem, deverá ser preenchido o formulário de contra-referência, explicitando exames e tratamentos que tenham sido realizados e orientações cabíveis ao acompanhamento do caso (MINAS GERAIS, 2008).

Entendemos que algumas alternativas para uma efetiva implementação do sistema de referência e contra-referência centram-se na articulação de uma proposta entre as instituições envolvidas, assim como a utilização das guias (de referência e contra-referência) de forma adequada, pelos profissionais, pois identificamos que com frequência, esse mecanismo é valorizado teoricamente, porém pouco ou mal implementado na prática dos serviços de saúde.

#### **5.2.6. Agendamento das clientes para realização do exame preventivo**

Em sequência à análise da prática dos entrevistados na prevenção e controle do CCU e na organização dos serviços para esse fim e, considerando ainda que o exame de Papanicolaou é um dos elementos-chave nesse contexto, continuamos a investigação, perguntando aos participantes a respeito do agendamento das mulheres para a realização do preventivo.

As respostas mostraram que, em todas as unidades de saúde, existe uma padronização: as coletas são realizadas todas as quartas-feiras do mês e a coleta em horários diferenciados (período noturno) acontecem na segunda quarta-feira de cada mês. A coleta

noturna é agendada e o enfermeiro de cada unidade fica responsável por organizar a agenda, com o número de mulheres a serem atendidas em cada dia, além de estipular a ordem de atendimento das mulheres, no dia da coleta.

A maioria (64,00%) dos entrevistados relatou que na unidade em que trabalham não existe agendamento, sendo a coleta do exame de Papanicolaou realizada mediante a demanda espontânea, na quarta-feira. Algumas unidades realizam a coleta somente no período da manhã, outras só no período da tarde e outras nos dois períodos da quarta-feira. Explicam que a coleta por livre demanda é melhor, porque às vezes as mulheres marcam e, no dia da coleta, por estarem menstruadas ou por outro motivo, faltam ao exame.

Já 36,00% dos profissionais disseram que na unidade em que trabalham o agendamento pode ser realizado de várias formas: a mulher ou algum parente vai até a unidade marcar na segunda ou terça-feira anterior à coleta; ou os ACS marcam quando realizam a visita domiciliar; ou ainda a mulher pode agendar por telefone. Alguns profissionais enfermeiros referiram que o ideal é agendar, pois assim programam melhor o número de mulheres que vão realizar o exame, e podem organizar lâminas e os materiais necessários. O número de mulheres atendidas varia de 15 a 20 por dia.

Segundo Castro e Shimazaki (2006), o atendimento por demanda espontânea objetiva atender o usuário imediatamente quando ele procura o serviço de saúde, porém o profissional deve ter estabelecido um número máximo de consultas por dia. Consideram, ainda, que com a demanda agendada pode-se programar atendimento com grupos específicos, os profissionais conseguem saber quantos atendimentos vão ser realizados por turno e, assim, evitar acúmulo de pessoas nos mesmos horários e longo período de espera.

Domingos et al. (2007) constataram, em seu estudo, que um dos motivos para a não realização do exame preventivo entre as mulheres é o descontentamento e a indignação pela demora no atendimento ou agendamento do exame ou número insuficiente de vagas, o que demonstra a importância de se levar em conta essa questão quando se quer uma maior adesão das mulheres às ações das unidades de saúde em relação à prevenção e controle do CCU.

Entendemos, portanto, que a coleta do exame de Papanicolaou por demanda espontânea ou por agendamento é uma forma que cada ESF organiza o serviço oferecido às mulheres, porém o serviço público deve ser capaz de absorver toda a demanda de mulheres que procuram a unidade com o propósito de colher o exame preventivo. As mesmas devem ser acolhidas e para melhor efetividade, o colpocitológico deve ser colhido no mesmo dia ou no máximo na outra semana, para que a mulher não desista de realizar o exame.

O acolhimento na ESF implica em transformar o modo como os usuários tem acesso aos serviços de saúde, desde a procura até a consulta e encaminhamentos necessários. Com isso, além de contribuir para um atendimento humanizado e melhoria na qualidade da atenção, é também uma estratégia de reorientação dos profissionais quanto ao atendimento qualificado (SOUZA et al., 2008).

Além disso, atentamos para observações como as de Brito, Nery e Torres (2007), de que os profissionais de saúde devem estar preparados e treinados para abordar as mulheres e que questões como vergonha, nervosismo e insegurança para a realização do exame devem ser levadas em consideração no atendimento, podendo contribuir para uma maior adesão e aceitação por parte delas.

### **5.2.7. Recursos humanos e infra-estrutura para atendimento das clientes**

Podemos apreender que, para um atendimento adequado, é necessário um empenho no preparo e treinamento dos recursos humanos. E não é só isso o necessário. De acordo com o MS, para a organização das ESF, os municípios precisam, ainda, garantir infra-estrutura adequada, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para o serviço da atenção básica. No que se relaciona ao consultório ginecológico que acomoda as mulheres, por exemplo, afirma que deve estar provido de mesa ginecológica, sanitário privativo em anexo e lavatório com torneiras que dispensem o uso das mãos (BRASIL, 2008b).

O consultório deve ainda possuir material necessário e adequado para a coleta, assim como para o acondicionamento do material coletado e um laboratório próprio ou conveniado deve estar responsável pela análise das colpocitologias.

O INCA (2008) ressalta ainda que as questões culturais, a falta de capacitação dos profissionais, os problemas de acesso e de mau funcionamento e precariedade dos serviços de atendimento à mulher implicam em 70% dos casos de CCU diagnosticados no Brasil em fase avançada.

Nessa direção, questionamos sobre a estrutura física para a coleta de exame de Papanicolaou e os materiais disponíveis na ESF em que trabalham os entrevistados para este estudo. No Gráfico 3, a seguir, observamos que eles consideram adequados ou parcialmente adequados os recursos de que dispõem, nas unidades de saúde em que trabalham:

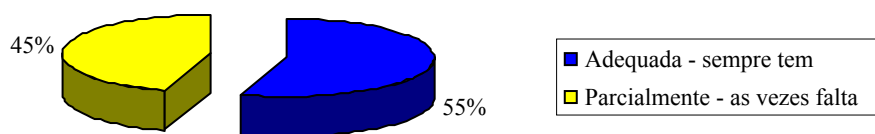


Gráfico 3 - Distribuição dos dados de recursos disponíveis e estrutura física das unidades de saúde para a coleta do exame de Papanicolaou, segundo os profissionais da ESF do município de Passos-MG/2010.

Assim, ao abordamos quanto aos materiais disponíveis como kits para coleta, lâminas, materiais informativos e estrutura física da sala de coleta do exame, 55,00% dos profissionais consideraram que esses recursos estão adequados, não há falta de materiais e a estrutura física do local é boa. Já 45,00% descreveram que esses recursos são parcialmente adequados, às vezes ficam em falta e a estrutura física da sala não é adequada. Pudemos observar, durante as entrevistas, que muitas unidades são mal adaptadas, improvisadas (eram residências) e, nas salas de coleta do exame, faltam pia para lavagens das mãos, janelas e, às vezes, o espaço físico é muito restrito, levando a um comprometimento da qualidade dos serviços prestados às mulheres.

Uma opção viável para evitar esses problemas seria coletar a colpocitologia no próprio domicílio das mulheres. Isso poderia ajudar, inclusive, no aumento da cobertura do exame. Estudo realizado por Duavy et al. (2007) mostrou que as mulheres alegam que uma das maiores dificuldades para realização do exame é a ida até a unidade de saúde, pois não têm com quem deixar os filhos pequenos; seu poder aquisitivo não é suficiente para pagar uma pessoa para ficar com eles e, na unidade, eles atrapalham a consulta.

Ainda em relação aos problemas com a infra-estrutura das unidades, Neves et al. (2008) confirmam os achados de nosso estudo ao relatar em sua pesquisa, que em Minas Gerais é frequente o aluguel de prédios residenciais para alojar as ESF, o que prejudica a imagem do que seria um estabelecimento de atenção primária à saúde. Acreditam que tal fato aconteça devido à grande expansão da ESF no Estado e que esse processo não foi acompanhado de ampliação do espaço por meio de construção e/ou reforma da estrutura física.

Para o MS, a ESF tem demonstrado melhora na eficiência e na qualidade dos serviços prestados, entretanto um número significativo de unidades apresenta estrutura física inadequada e, não raro, improvisada (BRASIL, 2008b).

Os locais estudados, portanto, necessitam ainda de ajustes referentes ao que é preconizado pelo MS, no que diz respeito à realização do exame preventivo de Papanicolaou, seja providenciando consultórios adequadamente equipados para a coleta da colpocitologia ou viabilizando a coleta em domicílio. Igualmente proporcionar condições para que os profissionais da saúde envolvidos se utilizem da humanização do atendimento, criando um ambiente acolhedor, esclarecendo a mulher sobre o procedimento a ser realizado e respeitando sua privacidade. Acreditamos que o enfermeiro possa ser um desses profissionais e deva conhecer e saber executar, detalhadamente, os passos para a coleta e os materiais disponíveis, sendo que o mesmo pode, quando habilitado, realizar a coleta do Papanicolaou.

Perguntamos então aos participantes, quantos profissionais realizam a coleta de exame de Papanicolaou e qual a categoria profissional de quem colhe o exame na unidade em que atuam.

Como mostra o Gráfico 4, no município estudado, 86,00% das unidades possuem um profissional para a coleta do exame, sendo ele um enfermeiro; 7,00% dispõem de dois profissionais, sendo um médico e um enfermeiro, e outros 7,00% contam com um enfermeiro, um médico e acadêmicos do último ano da Faculdade de Enfermagem de Passos/MG, que é o caso da ESF-Escola.

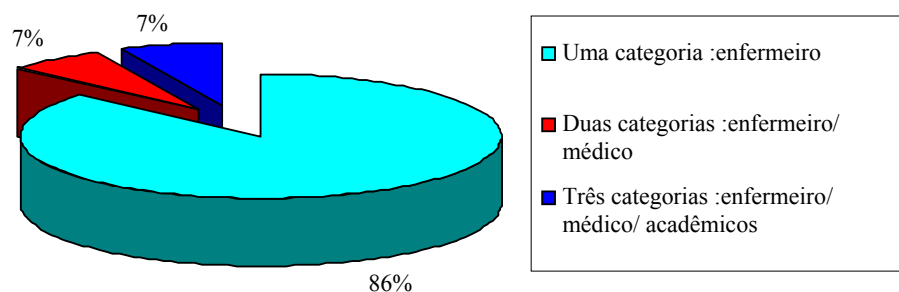


Gráfico 4 - Distribuição das categorias profissionais que realizam a coleta do exame de Papanicolaou nas ESF do município de Passos/MG, 2010.



Nas ESF estudadas, na maioria das vezes, o material para exame colpocitológico é colhido por enfermeiros. Nesse sentido, o MS preconiza que médico e enfermeiro habilitado podem colher o exame preventivo (BRASIL, 2006a). Enfim, seja qual for o profissional que realizar a coleta do exame preventivo, esse deve saber a técnica correta do exame e estreitar laços de confiança com as mulheres, incorporando a orientação sobre a importância do exame, a periodicidade e a garantia da qualidade.

Acreditamos que para essa coleta e para o atendimento integral à mulher é necessário que os profissionais da saúde tenham conhecimento e preparo adequado. Ao pesquisarmos essa questão, perguntamos aos entrevistados deste estudo sobre o oferecimento aos trabalhadores das ESF, pela SMS do município, de cursos de capacitação voltados para a saúde da mulher, mais especificadamente para o CCU.

Os resultados mostraram que um total de 25 trabalhadores referiram nunca terem participado de curso de capacitação, porém informaram que um desses cursos é transmitido pela SES e exibido nas unidades, semanalmente, pelo canal Tele-Minas Saúde e há então a participação de todos os trabalhadores da área da saúde das equipes da ESF.

Entre os 48 componentes das equipes entrevistadas e que informaram terem participado de cursos de capacitação, 40 relataram que esses ocorreram há menos de dois anos; seis de três a cinco anos e dois profissionais não se lembram há quanto tempo (Gráfico 5).

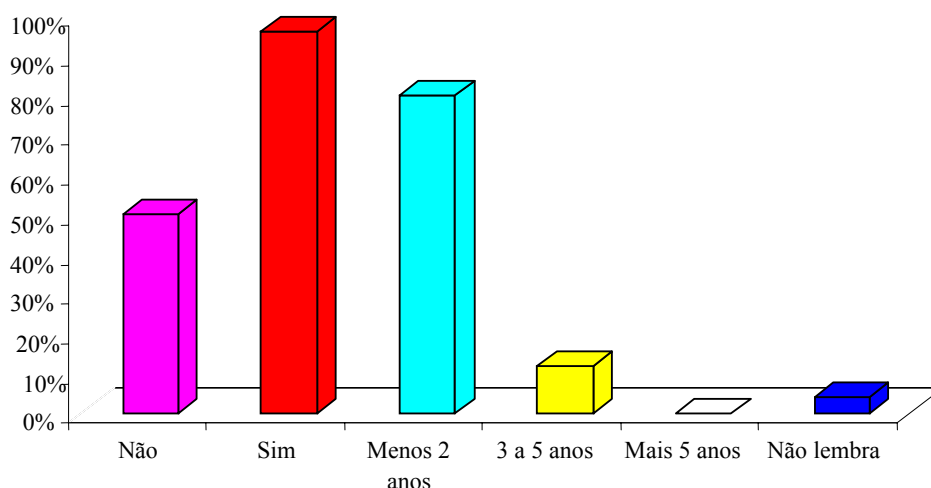


Gráfico 5 - Distribuição dos dados de cursos de capacitação voltados para o câncer de colo de útero, promovidos pela Prefeitura Municipal em parceria com a Coordenação da ESF, para os profissionais do município de Passos/MG, 2010.

Muitos profissionais relataram que os cursos são oferecidos pela Faculdade de Enfermagem do município, em parceria com a Santa Casa e com a SMS. Participam de jornadas sobre o CCU e encontros em que se discute a saúde da mulher em geral.

Uma problemática relatada pelos ACS é a de que quando as jornadas e encontros acontecem fora das unidades, participam apenas dois ou três profissionais dessa categoria (quando o curso é direcionado a eles também), no intuito de a unidade continuar prestando atendimento; outras vezes, acontecem fora do horário de trabalho e não há vagas suficientes, o que acaba não capacitando todos da equipe. Os trabalhadores que foram capacitados ficam com a incumbência de replicar o treinamento, mas isso nem sempre acontece, o que acaba levando a não efetivação das ações e a gastos desnecessários, sem retorno satisfatório para a equipe e a para a saúde das mulheres.

Sobre isso, estudo realizado por Reis e Andrade (2008) mostra que a capacitação de recursos humanos no SUS é realizada de forma fragmentada, baseada em grupos específicos ou grupos profissionais e, muitas vezes, a escolha para participação dos profissionais em cursos e treinamentos oferecidos não é feita pela disposição em desenvolver as ações propostas, mas sim por outros critérios como influências políticas e afinidades pessoais com o gestor local.

No caso do município em que realizamos o presente estudo, compreendemos que o ideal seria as unidades de saúde oferecerem cursos e treinamentos para todos os membros da equipe, visando a capacitação e aprimoramento profissional e, conseqüentemente, uma melhor assistência à mulher. A utilização dos finais de semana é uma alternativa que pode ser implementada. E ainda, a SMS, promovendo seus próprios cursos poderia abordar melhor as necessidades de cada unidade de saúde e de seus profissionais, uma vez que já os conhece.

O Pacto de Gestão firmado entre as três esferas de governo, no que se refere ao fortalecimento da atenção básica, tem como um dos objetivos desenvolver ações de qualificação dos profissionais por meio de educação permanente e de oferta de cursos de especialização, relacionados à saúde da família (BRASIL, 2008b).

Segundo o MS, a educação permanente dos profissionais da atenção básica é de responsabilidade da SMS e da SES (BRASIL, 2006c) e é o profissional enfermeiro da ESF quem deve planejar, coordenar e executar a educação permanente da equipe de enfermagem e dos ACS (MINAS GERAIS, 2008).

Em relação ao CCU, Rodrigues Neto, Figueiredo e Siqueira (2008) ressaltam ainda que, para alcançar êxito no rastreamento desse tipo de câncer, faz-se necessário a capacitação dos profissionais de saúde, em especial dos ACS que são um elo entre a comunidade e a ESF.

### 5.3. Conhecimento dos profissionais sobre o câncer de colo de útero

Além de conhecer a prática desenvolvida pelos profissionais na ESF e a organização dos serviços para a prevenção do CCU, consideramos importante saber também a extensão do conhecimento deles a respeito da doença.

Indagamos sobre os fatores de risco principais para o CCU, e descrevemos, a seguir, as respostas, divididas por categoria profissional, para que consigamos analisar o conhecimento deles acerca destes fatores.

Iniciamos pelos ACS e identificamos que alguns deles se equivocam ao citar esses fatores, como no caso da hereditariedade; outros não estão bem certos sobre as informações que passam, necessitando assim ampliar conhecimentos, como pode ser observado nas falas abaixo:

Ah...a mulher que tem vários parceiros né, profissionais do sexo que cada dia está com um parceiro e as vezes nem usam camisinha (ACS 19).

Às vezes pode ser se alguém da família que já teve né, a gente não sabe direito né, mas acho que é isso (ACS27).

Ah... não tem muito específico não, mas acho que hereditariedade familiar, idade acima de 40 anos (ACS3).

HPV e sexo sem camisinha né, sem método (ACS11).

Promiscuidade, idade e hereditariedade (ACS17).

Eu acho que o difícil para as mulheres é a desinformação, para mim o maior fator de risco é a falta de informação, e as DST que podem lá na frente virar um câncer (ACS33).

Outros, ainda, os confundem com sinais e sintomas da doença, enquanto outros referem não se lembrar ou não saber quais seriam esses fatores.

Ah..não sei (ACS 5).

Ah, seria corrimento com odor né, o mau cheiro, hereditariedade (ACS1).

Infecção né....como ter NIC II (ACS 10).

Agora eu não lembro.....,não sei (ACS 21).

Essas falas reforçam a necessidade de ampliar a capacitação dos ACS do município estudado, uma vez que não possuem formação na área da saúde, e de acordo com a política da ESF, devem ser treinados pelos enfermeiros.

Entre os enfermeiros (ENF), destacamos várias citações parecidas e percebemos, por meio de suas falas, um conhecimento adequado, para desenvolver ações educativas junto à

população feminina, importantes no sentido de poderem atuar nas orientações, visando a diminuição de casos desse tipo de câncer, porém alguns profissionais também citaram a hereditariedade como um fator de risco para o CCU e sabemos que ela está relacionada a outros tipos de câncer.

Ah... início precoce da atividade sexual, antes dos 18 anos, ter mais de 2 parceiros sexuais e tabagismo (ENF5).

Promiscuidade, hereditariedade, falta de higiene que pode provocar , né, causar o HPV (ENF 6).

Ah... provavelmente, a genética na família, hábitos de higiene precária... (ENF2).

Seria... casos de câncer na família né, mas como principal lembro do HPV também (ENF 3).

Acho que não fazer o preventivo; hoje em dia não tem mais fator de risco, tem mulher que nunca teve nada e nem fator de risco e vem aqui e tem NIC II (ENF11).

O mesmo acontece com a fala de um dos médicos (MED) que confunde os fatores de risco com os de outros tipos de câncer, como o de mama, quando cita a nuliparidade, parentesco de primeiro grau, idade avançada; equívocos como este podem prejudicar o atendimento e orientações adequadas às mulheres:

Nuliparidade, parentesco de 1º grau, idade avançada e tabagismo (MED3).

Olha, o HPV é um fator, não tem como negar e tem o fato ainda que algumas cepas apresentem virulência maior (MED6).

Acho que de maior destaque a promiscuidade sexual, baixo nível sócio econômico e as DST (MED8).

A respeito disso, Thum et al. (2008) concluem que à medida que o conhecimento acerca dos fatores de risco que envolvem a doença aumenta entre os profissionais, consequentemente, melhora a prevenção primária do CCU. Assim, a informação sobre os fatores de risco é muito importante e a participação dos trabalhadores da ESF é indispensável nesse contexto, já que atuam como agentes esclarecedores desses fatores às usuárias do serviços de saúde.

Entre os técnicos (TEC) de enfermagem entrevistados, alguns desconhecem os fatores de risco para o CCU, enquanto outros também consideram, erroneamente, a hereditariedade como a grande vilã.

Ter relação sexual com vários parceiros, falta de informação mesmo, história familiar, tabagismo, eu acho que é isso (TEC3).

Acredito que é a promiscuidade, idade avançada e a mulher que não procurar o PSF (TEC2).

Eu penso que DST; pode ser também hereditariedade, e às vezes, uma inflamação (TEC15).

Não fazer o preventivo, aquelas mulheres que nunca faz o preventivo por medo (ACS 4).

Ah não lembro não .....(TEC 10).

O INCA (2008) reforça que os profissionais de saúde, conscientes da importância da identificação dos fatores de risco, participam ativamente das ações de prevenção e detecção, não focando assim somente no tratamento de doenças.

Dando sequência à investigação proposta e, ainda no intuito de identificar o conhecimento dos profissionais, indagamos quais eles consideravam os principais sinais e sintomas do CCU.

Sabemos que, na maioria das vezes, o CCU é assintomático no estágio inicial, mas conforme a doença se desenvolve, alguns sintomas vão aparecendo (BRASIL, 2006a). Portanto, os cuidadores da saúde da mulher precisam saber quais são os sinais e sintomas característicos, pois apesar do tratamento ser mais efetivo quando a doença é descoberta nas fases iniciais, a identificação dos sinais e sintomas pode antecipar esse tratamento.

Destacamos as respostas dos ACS, que citam os sinais e sintomas do CCU com certo conhecimento e referem que o adquiriram seja através de leituras sobre a temática, cursos e/ou informações repassadas através dos médicos e enfermeiros.

Basicamente, isso quem sabe é mais a enfermeira, mas eu acho que a dor na barriga é um sinal importante, que alguma coisa está errada (ACS 1).

Hemorragia, muito sangramento, mas é complicado porque às vezes não tem sintomas (ACS2).

Já teve uma mulher aqui e ela tinha muitas dores na barriga, é o que eu sei né, e também dor na hora da relação (ACS5).

Acho que quando tem corrimento com odor fétido e cor diferente já é um sintoma (ACS11).

Às vezes a mulher não sente nada, em um curso que a gente fez o médico falou que a mulher pode ter o câncer e demorar 10 anos para desenvolver ai ela não tem corrimento nem nada (ACS25).

Ah..... não lembro, acho que dor durante ou após relação sexual (ACS 33).

Nas falas dos enfermeiros, evidenciamos respostas coerentes, mas também casos em que o profissional não se lembrava quais seriam esses sinais e sintomas, fato que dificulta as

ações de prevenção do CCU, pois o enfermeiro deve possuir habilidade técnica e científica para gerenciar uma equipe de ESF. Segundo Primo, Bom e Silva (2008), o enfermeiro é essencial para a prevenção desse tipo de câncer, não somente ao desenvolver atividades educativas, mas também realizando a coleta do exame de Papanicolaou, tendo capacidade para interpretação e conduta frente ao resultado, assim como a orientação adequada dos fatores de riscos e sintomas do referido câncer.

Abaixo, a fala dos enfermeiros:

É...hemorragias, pequenas hemorragias seria um dos principais, dores também, mas geralmente quando o câncer está mais em estágio avançado (ENF3).

Às vezes dor pélvica diferenciada, as mulheres confundem o tipo de secreção, esses dias eu colhi de uma mulher que o colo estava ruim e acabou dando NIC, porém ela não tinha nada (ENF5).

Não lembro não, só tive um caso de paciente com câncer na minha unidade (ENF8).

Os profissionais médicos destacam os principais sinais e sintomas e demonstram preocupação em oferecer um atendimento adequado às mulheres.

Sangramento anormal, irregularidade menstrual, dor à palpação, visualização de feridas no colo (MED3).

Dor na relação sexual, a dispareunia né, dor pélvica, secreção vaginal escura e fétida (MED4).

É bem assintomático, mas sempre tem alguma alteração como verruga, secreção. Às vezes a enfermeira me chama para dar uma olhada na hora que ela está colhendo o exame (MED6).

Aqui, os entrevistados mostraram conhecimento a respeito dos sinais e sintomas desse tipo de câncer. Deve-se reconhecer que não se faz diagnóstico de um câncer apenas por meio de sinais e sintomas, mas é importante que as mulheres sejam informadas sobre eles, pelos seus cuidadores, pois podem ficar atentas às modificações que acontecem em seu corpo e, diante de qualquer sinal ou sintoma, a procura por um serviço de saúde pode ser agilizada, com repercussões importantes no prognóstico da doença. Essa observação está presente também nas falas dos técnicos de enfermagem:

Sangramento genital, outros não tem nenhum sintoma, dor na região pélvica, secreção,.....acho que é isso (TEC3).

O sintoma mais comum é no caso da mulher reclamar de corrimento e as DST também já e bom ficar alerta (TEC9).

Dor abdominal em baixo ventre, corrimento com odor, coceira e sangramento e outros (TEC13).

Eu creio que deve ser bastante dor, eu tive uma idosa na minha área e ela não tinha nada, dizem que às vezes é assintomático (TEC16).

A importância do conhecimento dos sinais e sintomas da doença se traduz ainda em alguns estudos de prevalência mostrando que mulheres com DST apresentam lesões precursoras do CCU cinco vezes mais que aquelas sem DST. Assim, o exame preventivo poderá identificar a presença de DST, por meio de sinais e sintomas para diagnosticar e/ou detectar precocemente o CCU (BRASIL, 2004).

#### 5.4. Percepção/opinião dos profissionais sobre a atuação da equipe da ESF

Verificamos que 43,00% dos profissionais entrevistados consideram boa a atuação da equipe da ESF em que trabalham, no sentido de diminuir os casos de CCU e, ainda, 19,00% consideram essa atuação ótima, conseguindo até mesmo diminuir os casos desse tipo de câncer. É importante notar, no entanto, que uma parcela considerável de profissionais acredita que a unidade precisa melhorar (38,00%), seja na implementação de novas ações voltadas para as mulheres ou no aprimoramento do sistema de referência e contra-referência. Acreditam que isso ajudaria no seguimento das mulheres, evitando a identificação de casos em estágios avançados desse câncer por falta de tratamento e diagnóstico precoce (Gráfico 6).

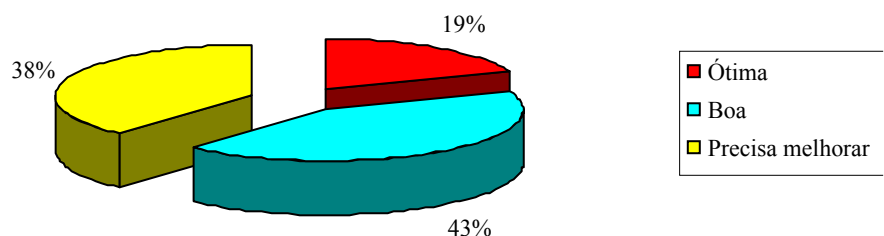


Gráfico 6 – Distribuição da avaliação dos profissionais quanto à atuação da equipe da ESF em que trabalham no intuito de diminuir os casos de câncer de colo de útero do município de Passos/MG, 2010.

É fundamental que os profissionais de saúde atuem efetivamente junto às mulheres, seja em grupos, no domicílio ou individualmente, o importante é reduzir a incidência, a mortalidade e as repercussões físicas, psicológicas e sociais desse câncer, por meio da oferta de serviços para a prevenção e detecção em estágios iniciais.

Nesse sentido, os entrevistados deixaram claro quais eram as ações por eles implementadas e que julgavam de grande importância na prevenção do CCU.

As falas abaixo mostram um comprometimento e empenho dos ACS em oferecer para as mulheres informações sobre a realização do exame de Papanicolaou, eles colocam a busca ativa como sendo importante e se preocupam em oferecer visitas de qualidade, o que sem dúvida enriquece a prevenção do CCU. Porém, cabe ressaltar que apesar do empenho em oferecer orientações de qualidade, alguns desconhecem a periodicidade adequada do exame, conforme as orientações do MS:

Basicamente nossa ação é na orientação no dia a dia, tem até aquele ditado que diz: água mole em pedra dura tanto bate até que fura, acho que é assim (ACS1).

Eu sempre to convidando para vir aqui fazer a coleta sempre, lembrando a mulher se já faz 1 ano que ela colheu, sempre pergunto(ACS5).

Ah... estar perguntando se fez o exame este ano, eu tive câncer de colo em 2002 e antes eu morava na roça e ninguém ia na minha casa me informar sobre o preventivo, não é como agora que falamos mesmo para as mulheres, hoje em dia não faz mesmo quem não quer (ACS14).

Eu acredito que as nossas visitas domiciliares, eu já trabalho há mais tempo, sou antiga aqui no bairro eu até falo para enfermeira, eu não cumpro a meta de visitas de acordo com a secretária, mas modéstia parte as minhas visitas são de qualidade, procuro orientar também as idosas, aí procuro marcar para elas urgente (ACS23).

O nosso papel mesmo é orientar, orientação e a busca ativa para o exame de 6 em 6 meses (ACS28).

Geralmente a gente faz as visitas, aí a gente pergunta e cobra se faz tempo que elas colheram o preventivo (ACS34).

Segundo Vale et al. (2010), os ACS devem identificar a população de mulheres alvo e convocar aquelas que nunca fizeram o exame, ou que estão há mais de três anos sem fazê-lo, possibilitando assim o rastreamento por meio da busca ativa das usuárias sob risco e sem controle.

Entre os enfermeiros entrevistados, constatamos que eles consideram importante orientar as mulheres a realizar o preventivo anualmente e que a oferta de horários facilitados para a coleta do exame preventivo é uma ação que favorece a adesão das mesmas, também as



informações específicas e divulgação dos serviços disponíveis à mulher, conforme ilustrado nas falas abaixo:

As fichas da SES que eu deixo com os ACS onde anoto o resultado e a próxima data da coleta. Esse arquivo fica com os ACS, já é de responsabilidade deles (ENF2).

Peço para a mulher me procurar para eu referenciá-lá. Gosto de conversar pessoalmente e não deixo para os ACS, falo, oriento sobre higiene, quanto ao uso da camisinha, divulgo o ambulatório-escola que faz o cadastro para pegar preservativo gratuito. Tendo o cadastro, entrego aqui mesmo, também além dos dados de inspeção do colo, acrescento na ficha da mulher, o exame clínico das mamas e axilas (ENF3).

Citar, falar de orientações para evitar a promiscuidade, com orientações mesmo para evitar os fatores de risco, vida saudável (ENF7).

Acho que o preventivo em horários alternativos 2 vezes ao mês. Eu vejo que é fundamental deixar também agenda espontânea, trabalhar bastante a divulgação e o arquivo rotativo (ENF11).

Em relação ao desempenho de profissionais médicos na prevenção e controle do CCU, estudo realizado por Tucunduva et al. (2004) aponta taxas baixas de indicação do exame de Papanicolaou por eles, de acordo com os consensos de prevenção. Os médicos entrevistados demonstraram interesse na prevenção do câncer, mas apresentaram dificuldades em fazê-lo de maneira preconizada pelo MS.

O contrário é observado no presente estudo, uma vez que as falas dos médicos demonstram que os mesmos utilizam as consultas individuais para oferecer as orientações necessárias, realizar um exame clínico e possivelmente um diagnóstico precoce, atuando adequadamente na prevenção do câncer.

Eu procuro manter atualizados os prontuários, sempre estou olhando os prontuários e oriento as mulheres durante as consultas (MED2)

Eu sempre falo para o pessoal usar o preservativo, não só para as mulheres, mas para o homem também porque as DST têm cura, mas podem acarretar muitos problemas; tento conscientizar principalmente os jovens para mudar hábitos (MED4).

Exame periódico e diagnóstico precoce são as minhas ações que acho mais importantes (MED8).

Informação, tentando despertar curiosidade e periodicidade do exame (MED11).

As falas abaixo dizem respeito à opinião dos técnicos de enfermagem e pode-se observar que a informação e orientação quanto à realização do exame preventivo anual, o esclarecimento de dúvidas e medos e a tentativa de conscientização das mulheres são ações que eles desenvolvem e que julgam de extrema importância. Porém, destacamos a última fala,

da sequência apresentada a seguir, na qual o profissional confunde a faixa etária preconizada pelo MS como prioritária para realização e seguimento do exame de Papanicolaou.

Eu acho que informação, através da informação você desperta a curiosidade porque a mulher não vai ao médico só quando tem alguma coisa (TEC3).

Orientar a paciente, falar dos riscos que a mulher corre se não realizar o preventivo (TEC5).

Incentivo as mulheres a colher o preventivo, controle também, anoto o nome delas e vou atrás, vejo primeiro se não está em dia e lembro sempre que venceu ou está vencendo (TEC10).

Eu procuro orientar e falar bastante, pois imagina ter que tirar o útero porque o câncer já está enraizado? Nossa! É um transtorno. Então, falo que não precisa ter vergonha, que a enfermeira é boa, delicada, explico como que é feito o exame, que quanto mais ela tiver relaxada é melhor, falo que deve ser uma vez ao ano, principalmente maior de 40 anos (TEC15).

Observamos que toda a equipe de saúde está empenhada em atuar na prevenção e controle do CCU, no entanto, precisa haver uma padronização das orientações fornecidas às mulheres, principalmente quanto à periodicidade do exame preventivo. Thum et al. (2008) reforçam que essa periodicidade é indispensável quando se pensa em qualidade de prevenção/diagnóstico precoce desse câncer. Mostra-se também a necessidade de reciclagem dos conhecimentos dos trabalhadores, visando a capacitação e aprimoramento específico para atuação nas questões da saúde da mulher, em especial, a prevenção do CCU.

Destacamos que os profissionais da ESF, por estarem mais próximos da população adscrita, criam vínculo, obtendo confiança para discutir as diversas formas de ações de prevenção do CCU. Nesse sentido, os trabalhadores devem valorizar esse potencial e não perder oportunidades de atuação, com vistas à promoção de saúde e prevenção de doenças, entre as mulheres.

Acreditamos que a elaboração e implementação de um protocolo de atendimento nas ESF do estudo pudesse facilitar, aprimorar e dar continuidade à assistência a essas mulheres. O protocolo é necessário para estabelecer normas e rotinas nos serviços e também permite uma avaliação adequada, por parte dos profissionais, das ações que foram padronizadas e, conseqüentemente, mudanças necessárias. Como citam Castro e Shimazaki (2006), o protocolo é um instrumento que normaliza o atendimento à saúde, fornece segurança e igualdade às ações dos profissionais, além do suporte para a educação permanente da equipe de saúde e de comunicação com os usuários.

#### **5.4.1. Ações que a equipe considera importantes na prevenção e controle do CCU, além daquelas abordadas na entrevista**

Abrimos aos participantes a oportunidade de acrescentarem alguma ação ou atividade que a equipe de saúde da família realiza e que não foi abordada durante a entrevista. Alguns dos entrevistados (18,00%), sendo eles ACS, destacaram:

A coleta do Papanicolaou noturna, e também nas fábricas de confecção da cidade, com distribuição de material informativo, é uma ação que fazemos, às vezes (ACS3).

Às vezes, vamos às escolas entregar um bilhete para as crianças levarem para as mães, para elas virem até a unidade fazer o preventivo (ACS8).

Damos palestras nas escolas, com adolescentes, às vezes fazemos uma vez ao ano (ACS28).

Distribuímos panfletos, quando tem, né? (ACS33).

Destacamos, das falas dos ACS, as ações nas escolas, visando atingir as mães das crianças. Canido et al. (2007) comentam que a equipe de saúde da família deve estabelecer uma integração com as mães, nas escolas, e o MS incentivar campanhas em massa para a coleta do Papanicolaou, ampliando a parceria com escolas, serviços públicos e entidades filantrópicas, objetivando assim, sensibilizar e informar a população feminina.

Nas falas dos enfermeiros, destacamos a vontade de prestar um atendimento diferenciado à coleta do exame de Papanicolaou, como a realização da coleta noturna do exame de Papanicolaou, procurando atender as mulheres que trabalham em horário comercial, ou seja, no mesmo horário de funcionamento da ESF, conforme ilustrado abaixo:

Eu acho que seria mais interessante, talvez finais de semana, fazer o preventivo e ações educativas, que seja uma vez ao mês. Eu sempre coloquei que seria interessante ter o preventivo o dia todo e mais o noturno (ENF3).

A coleta noturna, porque a gente não faz mais, fazíamos coleta nas fábricas e também à noite, mas parei devido a problemas com folga, entendeu? Porque começaram a estipular número de funcionário e hora extra e a partir do momento que sai de casa deve ganhar né, aí parei [...] (ENF6).

Mais uma vez reforçamos que a coleta em horários diferenciados deveria ser mantida e estimulada, pois além de ser uma estratégia de captar mulheres para a realização do exame, aumentando a cobertura, atua como um componente da humanização no atendimento, por parte dos componentes das equipes da ESF.

Destacamos que a última fala apresentada anteriormente demonstra algumas dificuldades encontradas nos serviços de saúde em relação à organização do trabalho, assim como com as leis trabalhistas, quando o entrevistado comenta sobre as atividades extras de sua jornada de trabalho. Essa problemática merece atenção especial dos responsáveis para que o profissional possa continuar desenvolvendo essas atividades, sem qualquer tipo de prejuízo, lembrando que podem tratar-se de ações imprescindíveis na prevenção e controle do CCU.

Além da coleta de colpocitologia em horário noturno, outro diferencial no atendimento foi abordado por um técnico de enfermagem, o qual reforçou que na ESF do município estudado existe uma ficha, que funciona como um arquivo, no qual são registrados todos os dados das mulheres, referentes ao exame citopatológico e também das mamas, o que é satisfatório para o seguimento das usuárias.

Eu acho que a questão de controlar o arquivo rotativo que a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizou. Aí ficamos com esse fichário (TEC1).

Os profissionais da categoria médica relataram que as ações que eles realizam já estavam contempladas no formulário.

#### **5.4.2. Ações ou idéias dos profissionais para melhorar a qualidade dos serviços prestados à mulher**

Indagamos ainda, se os trabalhadores da área da saúde gostariam de acrescentar algumas ações ou idéias para melhorar a qualidade dos serviços prestados à mulher, visando a prevenção e detecção precoce do CCU e a maioria dos entrevistados (71,00 %) deu sua opinião, o que consideramos satisfatório e de grande contribuição para o término da nossa investigação.

As falas dos ACS mostram a vontade de trabalhar ativamente as questões da saúde da mulher, focando a prevenção do CCU, dentro e fora da ESF, apontando várias idéias e sugestões para promoverem a prevenção e promoção da saúde:

Eu acho que deveria ter mais campanhas em fábricas, porque muitas mulheres trabalham e não encontramos a mulher em casa; também a Secretaria Municipal de Saúde desenvolver mais palestras (ACS1).

Poderia ter mais folders educativos. Quando a gente quer dar alguma palestra ou fazer alguma mobilização, a gente tem que se virar para conseguir material (ACS11).

Dificuldade com as mulheres mais velhas, trabalhar mais com elas para perderem a vergonha (ACS12).

Reunião em grupos, não só palestras, mas conversas entre elas como uma troca de experiência para animar as outras para fazer o exame (ACS16).

Mais palestras educativas né, com médicos. As mulheres gostam de ouvir da boca do médico né? Parece que confiam mais neles. E abordar mesmo a prevenção do câncer do colo de útero (ACS19).

Além da busca ativa, palestras com a equipe e com o profissional também. Às vezes a gente faz e elas não dão ouvido, já quando tem um profissional elas vem (ACS24).

Ter mais capacitação para nós ACS, para fazermos palestras nas escolas com mais informações (ACS28).

Já as falas dos enfermeiros, abordando novas idéias para aprimoramento da qualidade dos serviços no atendimento às mulheres, enfatizam os aspectos operacionais e organizacionais, considerando a melhoria na estrutura física, mudanças na forma de oferecer o exame de Papanicolaou e também questionam a falta de tempo para desenvolver as atividades educativas de prevenção do CCU.

Para abranger 100% das mulheres poderia ter um programa específico para atender mulheres em fábricas, com recursos também (ENF1).

Olha... eu queria mais espaço físico sabe, eu falo assim, ter uma sala de espera e ter uma salinha individual para conversar com elas. Sabemos que é super complicado passar vídeos, sendo que aqui é tudo junto, tem homem, idoso, crianças e a mulher fica constrangida. Eu até acho que homem tem que saber porque ele tem esposa, tem que saber entender, saber passar uma pomada ou também tem que tomar um remédio incomum, mas por experiência própria, o constrangimento é geral (ENF2).

Eu acho que seria mais interessante talvez fazer o preventivo e as ações educativas nos finais de semana seja uma vez ao mês. Eu sempre coloquei que seria interessante ter o preventivo o dia todo e mais o noturno (ENF3).

Ah, eu gostaria de se tivesse mais tempo estar divulgando mais as ações a gente tem aqui. A rodoviária, poderiam montar estandes, barracas com material, folders, divulgando assim o câncer de colo (ENF4).

Não acontece, mas em breve faremos palestras, sala de espera com informação sobre o exame e o próprio câncer (ENF6).

De acordo com Ramos et al. (2009), o enfermeiro na ESF deve desempenhar um papel de articulador das ações de saúde e realizar assistência integral na unidade de saúde e, quando necessário, no domicílio e espaços comunitários.

Em relação aos médicos, esses destacam as campanhas e palestras, que julgam serem importantes para a prevenção do CCU e citam que para desenvolver essas ações não precisam de muito recurso.

Acho que deveria ter mais grupo de orientação, porque as mulheres sabem que tem que fazer, mas não sabem da importância e do porquê de estar fazendo; às vezes, percebo que muitas mulheres acham que somente vê se tem infecção e como elas não sentem nada acham que não precisam fazer (MED3).

Eu acho que a prevenção com mais palestras, orientando mesmo, em escola é bom fazer, colocar vídeo quando as mulheres estão esperando na sala de espera, acho que deveríamos colocar (MED4).

Sempre tem idéias boas né, os recursos são escassos. Mais uma lousa, um pincel já se torna um instrumento para ação educativa barato e simples (MED6).

Aprimoramento e aumento das informações passadas às usuárias, orientação também às adolescentes, e efetivação do sistema de busca ativa (MED9).

Os técnicos de enfermagem, por sua vez, entendem que é preciso melhorar a estrutura física das unidades de saúde, para dar mais privacidade às usuárias dos serviços, principalmente quando são oferecidas atividades no local, assim como mais tranquilidade para os profissionais que acompanham essas mulheres. Outros sugerem que o assunto abordado em vídeos e palestras, por exemplo, mostre a realidade da doença e, até mesmo, aborde situações trágicas em relação ao CCU, para chamar a atenção das mulheres para a importância da prevenção e/ou detecção precoce.

Outra sugestão citada é a abordagem de mulheres de todas as idades, ou seja, de adolescentes a idosas, esclarecendo todas as especificidades do exame em cada fase do ciclo vital. Sugerem ainda que os adolescentes do sexo masculino também devam participar das atividades educativas oferecidas pela unidade de saúde.

Ah, tudo que faz não dá certo. Ficamos uma semana passando vídeo sobre o câncer de colo do útero e algumas mulheres acharam ruim porque mostrou coisa que elas tinham vergonha e todos que estavam na recepção viram (TEC1).

Olha, nesse caso, para a gente trabalhar melhor aqui, o difícil é a área física né? A gente não tem sala específica para palestras, para você ver onde é a sala de curativo, era o banheiro. Então, realmente não tem espaço para atividades educativas em grupos (TEC7).

Eu acho que deveria ter uma sala exclusiva para palestras e vídeo, porque o ser humano capta mais vendo as coisas. Mostrar coisas trágicas também. Às vezes, você falando elas levam as coisas na brincadeira, e se passar vídeos trágicos as pessoas passam a prevenir mais (TEC9).

Começar de novo as palestras, aqui ultimamente tá desanimado, também o enfermeiro já mudou 2 vezes em 6 meses (TEC10).

Mais palestras com as adolescentes que começam a vida sexual muito cedo e têm vergonha de fazer a coleta. Acho que deve reunir com os pais e as adolescentes e até mesmo o adolescente masculino, estar buscando os pais junto com os adolescentes. Na minha opinião deve existir um dia para isso, por semana, na agenda, e busca nas escolas, na área de cobertura (TEC13).

Acho que devemos trabalhar bastante com as mulheres de idade avançada. Eu tive uma idosa que não fazia o preventivo há 10 anos, aí tive que conversar bastante; ela falou que fez uma vez com o médico (o preventivo) e machucou, doeu. Aí ela nunca mais fez; aí eu conversei bastante com ela até convencer ela a colher (TEC16).

Corroborando com as falas desses entrevistados, estudo realizado por Carvalho, Tonani e Barbosa (2005), detectou alguns problemas relacionados à prevenção do câncer em unidades básicas de saúde, como a falta de recursos humanos preparados, quantidade limitada de materiais como folhetos e cartazes para distribuição, escassez de recursos financeiros, falta de estrutura adequada e de planejamento das atividades propostas.

Um dos pontos a serem destacados é a rotatividade dos profissionais enfermeiros, exposto nas falas dos técnicos de enfermagem, o que segundo eles, atrapalha no sentido de desenvolver palestras e desmotiva os outros profissionais da equipe, pois, sabemos que o enfermeiro é responsável pela organização das ações educativas dentro das ESF e o coordenador da unidade.

É importante observar, que apesar de todas as dificuldades apresentadas, os participantes desta pesquisa mostraram-se preocupados em prestar um atendimento qualificado às usuárias do serviço de saúde onde atuam, no sentido de alertá-las da gravidade do CCU, conscientizá-las da importância da realização periódica do exame preventivo, entre outras ações e, nesse sentido, manifestam suas idéias e sugestões para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Referem que essa mudança depende de ações individuais, coletivas e de gestão.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo contribuiu para sinalizar alguns fatores que interferem na prevenção e detecção precoce do CCU, como a organização dos serviços e as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde que compõem as ESF. Possibilitou ainda refletir sobre as estratégias utilizadas pelas equipes para facilitar o acesso das mulheres para coleta do Papanicolaou, identificar o conhecimento referido dos profissionais sobre o CCU, e entender o que a equipe traz como importante nesse processo, visando algumas vezes, a implantação, e em outras, a adequação e implementação de ações individuais, coletivas e de gestão.

A Estratégia Saúde da Família constitui-se como porta de entrada da mulher para o programa de detecção precoce do CCU, por isso é importante que esteja preparada para o acolhimento, para o atendimento humanizado às mulheres, tendo como princípio norteador o acesso delas ao serviço.

As equipes das ESF participantes deste estudo mostraram-se empenhadas em favorecer a prevenção, promoção e diagnóstico precoce do CCU e entendem que o controle desse depende, essencialmente, de ações desenvolvidas por eles. Deixaram evidente a necessidade de complementação das ações e atividades que já são realizadas junto às mulheres, uma vez que referidas ações acontecem, mas de forma pouco sistemática e sem uma rotina apropriada.

Deficiências da infra-estrutura oferecida e a inserção inadequada dos profissionais no serviço de saúde, alguns sem vínculo empregatício, faz com que a assistência seja comprometida. Um sinal é a cobertura do exame de Papanicolaou na população alvo do município, abaixo do preconizado pelo MS.

A fragilidade ou inexistência, ou ainda a má divulgação de práticas de educação em saúde, oferecidas nos locais pesquisados, foi um dos pontos que chamaram a atenção e que necessitam aprimoramento, pois essa educação funciona como um instrumento de trabalho da equipe, fornecendo informações e esclarecendo dúvidas, contribuindo para a prevenção e detecção precoce da doença.

Por outro lado, evidenciou-se o despertar dos profissionais para essa prática e compreendemos que para sua efetivação é preciso adequação das equipes de saúde da família, tendo como foco o aperfeiçoamento dos recursos humanos e incentivos, possibilitando o conhecimento teórico, prático e as atualizações necessárias, pois o êxito de ações para

prevenção desse câncer depende da reorganização da assistência à saúde nos serviços, visando a qualidade e a continuidade das ações integrais para as mulheres.

A integralidade da assistência deve fazer parte do contexto da atenção à saúde da mulher, o que será concretizado se a equipe levar em consideração as necessidades individuais de cada mulher. Relacionado a isso, um protocolo faz-se indispensável dentro das ESF do município estudado, pois poderá direcionar as ações, apoiar decisões e nortear a organização do processo de trabalho, uma vez que estabelece fluxos de atendimento, define as responsabilidades dos profissionais, proporciona um atendimento sistemático e individual para as mulheres, incluindo ainda o fluxo adequado de referência e contra- referência.

Alianças e parcerias, nesse caso, com escolas, indústrias, associações de bairro entre outros, são importantes para encontrar soluções para os problemas existentes nas ações e na cobertura do exame de Papanicolaou dentro do município. Faz-se necessário repensar o acesso que é disponibilizado, o acolhimento e informações adequadas acerca do exame propriamente dito e a qualidade da assistência prestada à mulher, afinal, não se justifica número tão elevado de mortes entre as mulheres em função de uma doença cuja prevenção se mostra tão eficaz quando implementada corretamente.

Assim, para o desenvolvimento de ações efetivas no controle do CCU, é importante o envolvimento de todos os profissionais que compõem a ESF como conhecedores da epidemiologia, dos fatores de risco, dos sinais e sintomas e dos instrumentos existentes para a prevenção do referido câncer.

É preciso, ainda, que haja uma real preocupação com a gravidade dessa doença, por parte dos profissionais e de todos os responsáveis nos níveis federal, estadual e municipal, de forma a garantir o acesso aos serviços de saúde, uma assistência de qualidade proporcionada por profissionais qualificados, dentro de uma infra-estrutura adequada.

**REFERÊNCIAS**

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, 2007.

ALBUQUERQUE, K. M.; FRIAS, P. G.; ANDRADE, C. L. T.; AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G.; SZWARCOWALD, C. L. Cobertura do teste de papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 301-309, 2009. Suplemento 2.

ALVES, C. M. M.; GUERRA, M. R.; BASTOS, R.R. Tendência de mortalidade por câncer de colo do útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.8, p. 1693-1700, ago. 2009.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMANM, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2009. cap. 25. p. 783-836.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa**: propostas metodológicas. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

BIFULCO, V. A.; FERNANDES JUNIOR, H. J.; BARBOZA, A. B. Câncer: uma visão multiprofissional. In: PINOTTI, M.; CARDOSO, E. B.; BORATTO, M. G.; TEIXEIRA, L. C.; PINOTTI, J. A. **Neoplasias da mulher**. Barueri: Manole, 2010. cap. 3. p. 60-62.

BRASIL. Ministério da Saúde. **2004 ano da mulher**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Sistemas de Informação. Secretaria de Assistência à Saúde. República Federativa do Brasil. Portaria/SAS/MS nº. 287 24 de abril de 2006. Brasília, DF, 2006f.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica – DAB. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal. Unidade do estado de Minas Gerais. 2010. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php). Acesso em: 9 jun. 2010.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres de colo do útero e de mama**. Brasília, DF, 2006d. (Cadernos de Atenção Básica).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/AIDS, hepatites e outros DST**. Brasília, DF, 2006g. (Cadernos de Atenção Básica).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006e. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 26 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006**. Brasília, DF, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília, DF, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006a. v. 4.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília, DF, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada – 1973 a 2006**. Brasília, DF, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Programa multiplica SUS: redescobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos**. 2. ed. Brasília, DF, 2007a.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 9 jun. 2010.

BRENNNA, S. M. F.; RODRIGUES, T. M. C.; LA CORTE, A. C. Diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 35-40, jan./fev./mar. 2003.

BRITO, C. M. S.; NERY, I. S.; TORRES, L. C. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 4, p. 387-390, jul./ago. 2007.

BRITO, D. M. S.; GALVÃO, M. T. G. Fatores de risco para câncer de colo uterino em mulheres com HIV. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 191-199, jan./mar. 2010.

CAETANO, R.; VIANNA, C. M. M.; THULER, L. C. S.; GIRIANELLI, V. R. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-118, jan./jul. 2006.

CAMARGOS, A. F.; MELO, V. H.; CARNEIRO, M. M.; REIS, F. M. Ginecologia ambulatorial: baseada em evidências científicas. In: SILVA FILHO, A. L.; LAMARTA, R. M.; PEIXOTO, F. C. **Câncer de colo uterino** 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. cap. 60. p. 1018-1021.

CANIDO, R. E.; CARVALHO, G. M.; MERIGHI, M. A. B.; MARTINS, A. A. Avaliação do programa de prevenção do câncer do colo uterino e de mama no município de Paranapanema, Estado de São Paulo, Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 375-383, jul./set. 2007.

CARVALHO, E. C.; TONANI, M.; BARBOSA, J. S. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 297-303, out./dez. 2005.

CASTRO, A. J. R.; SHIMAZAKI, M. E. **Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2006.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COSTA, M. E.; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubrio, 2004.

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 120-131, abr./jun. 2008.

DATA SUS. Informações de Saúde. Assistência a Saúde. **Produção ambulatorial do SUS por local de residência** - Brasil 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qamg.def>>. Acesso em: 8 fev. 2010.

DOMINGOS, A. C. P.; MURATA, I. M. H.; PELLOSO, S. M.; SCHIRMER, J.; CARVALHO, M. D. B. Câncer do colo do útero: comportamento preventivo de auto-cuidado à saúde. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, p. 397-403, 2007. Suplemento 2.

DUAVY, L.M.; BATISTA, F.L.R.; BESSA, M.S.J.; SANTOS, J.B. F. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.733-742, maio/jun.2007.

FERNANDES, J. V.; LACERDA, S. H. R.; COSTA, Y. G. A. S.; SILVA, L. C. M.; BRITO, A. M. L.; AZEVEDO, J. W. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009.

FLEGELER, D. S.; GUERRA, M. A.; ESPINDULA, K. D.; LIMA, R.C.D. O trabalho dos profissionais de saúde na estratégia saúde da família: relações complexas e laços institucionais frágeis. **Revista Odontologia UFES**, Vitória, v.10, n.4, p.17-23, 2008.

FIGUEIRA, T. R.; FERREIRA, E. F.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 937-943, 2009.

GIACCIO, C. M. R. S.; GUEDES, A. C.; BRENNA, S. M. F. Reflexões sobre a real necessidade de tratar a neoplasia intra-epitelial do colo do útero. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 25-32, abr./maio/jun. 2005.

GREENWOOD, S. A.; MACHADO, M. F. A. S.; SAMPAIO, N. M. V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame papanicolau. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 503-509, jul./ago. 2006.

GUIMARÃES, J. R. Q. Manual de oncologia. In: GUIMARÃES, J. R. Q.; GUIMARÃES, M. M. Q.; PAULA FILHO, U.; PINHEIRO, W. S. **Quimioterapia no carcinoma de colo uterino**. 3. ed. São Paulo: BBS, 2008. cap. 85. p. 975-990.

HACKENHAAR, A. A.; CESAR, J. A.; DOMINGUES, M. R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores

associados à sua não realização. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 103-111, mar. 2006.

HAMONT, D. V.; BEKKERS, R. L. M.; MASSUGER, L. F. A.G, MELCHERS, W. J. G. Detection, management, and follow-up of pre-malignant cervical lesions and the role for human papillomavírus. **Reviews Medical Virology**, London, v. 18, n. 1, p. 117-132, mar./june. 2008.

HORTA, T. G.; FONSECA, T. M. M. Avaliação do programa de controle do câncer de colo uterino em uma unidade de saúde do interior de minas gerais. **Coletânea**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 30-38, abr./set. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Contagem de população 2007**. Tabela 1.6.17 - População recenseada, por sexo e grupos de idade, segundo os municípios - Minas Gerais. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/servidor\\_arquivoset/](http://www.ibge.gov.br/servidor_arquivoset/)>. Acesso em: 11 jan. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **População e domicílios: divisão territorial. Cidades @**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 11 jan. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. atual. ampl. Rio de Janeiro, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Ministério da Saúde. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>>. Acesso em: 27 jan. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2006b.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Ministério da Saúde. **Situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006a.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. O desafio feminino do Câncer. **Revista Rede Câncer**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 20-25, nov. 2009b.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Prevenção do câncer do colo do útero: normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 205, 2003.



JOSÉ FILHO, M.; LEHFELD, N. A. S. **Prática de pesquisa**. Franca: UNESP, 2004.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

LARA, E. M. O.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Os profissionais das unidades especializadas de saúde e suas representações sociais em relação à saúde da família. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 630-636, out./dez. 2009.

LINHARES, I. M.; DUARTE, G.; GIRALDO, P. C.; GAGNOLI, V. R. Doenças sexualmente transmissíveis. Manual de orientação (FEBRASGO). In: NEVES, N. A. **Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV)**. São Paulo: Ponto, 2004. cap. 8. p. 71-77.

MAEDA, M. Y. S.; DILORETO, C.; BARRETO, E.; CAVALIERE, M. J.; UTAGAWA, M. L.; SAKAI, Y. I. et al. Estudo preliminar do SISCOLO-qualidade na rede de saúde pública de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 425-429, dez. 2004.

MAIA, C.; GUILHERM, D.; LUCHESE, G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 682-692, abr. 2010.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAS GERAIS (Município). Programa Viva Mulher. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Prevenção do câncer de colo do útero e mama de Minas Gerais 2010**. Disponível em: <<http://mg.vivamulher.com.br/index.php?dir=mapa&pagina=mapa>>. Acesso em: 8 fev. 2010.

MINAS GERAIS (Município). Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida**. 2. ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006.

MINAS GERAIS (Município). Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG. Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher. **Prevenção e controle do câncer do colo do útero**. Belo Horizonte, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MORAES, M. W. Câncer ginecológico. In: MOHALLEN, A. G. C.; RODRIGUES, A. B. **Enfermagem oncológica**. Barueri: Manole, 2007. p. 287-289. (Série Enfermagem).

MOURA, A. D. A.; SILVA, S. M. G.; FARIAS, L.M.; FEITOZA, A. R. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1. p. 94-104, jan./mar. 2010.

MULLER, D. K.; COSTA, J. S. D.; LUZ, A. M. H.; OLINTO, M. T. A. Cobertura do exame de citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2511-2520, nov. 2008.

NEVES, C. L. D.; ARAÚJO, M. R. N.; ALBANAZ, M. L.; SOARES, T. W. **Certificando as unidades básicas de saúde: uma análise do contexto**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2008.

OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. **Tratado de ginecologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 1257-1288. v. 2.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 1, p. 31-38, jan./mar. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Cuidados primários de saúde**. Genebra: OMS, 1978.

PEDROSA, M. Atenção integral á saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 75-79, out./dez. 2005.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, I. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, 2004.

PINHO, A. A.; FRANÇA, J. I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 95-112, mar. 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 163-197.

PRIMO, C. C.; BOM, M.; SILVA, P. C. Atuação do enfermeiro no atendimento à mulher no programa saúde da família. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 76-82, jan./mar. 2008.

RAMOS, C. S.; HECK, R. M.; CEOLIN, T.; DILÉLIO, A. S.; FACCHINI, L. A. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, p. 85-91, 2009. Suplemento 1.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O. Representação social do trabalho em equipe na atenção à mulher sob a ótica da enfermeira. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 50-56, mar. 2008.

RODRIGUES NETO, J. F. ; FIGUEIREDO, M. F. S.; SIQUEIRA, L. G. Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 610-621, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a07.htm>>. Acesso em: 27 jan. 2010.

ROGERS, J. L.; LOIS, L. J.; LUESLEY, D. M. Vaccines against cervical cancer. **Current Opinion in Oncology**, London, v. 20, n. 5, p. 570-574, Sept. 2008.

SAMPAIO, L. C.; ALMEIDA, C. F. Vitaminas antioxidantes na prevenção do câncer do colo uterino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 289-296, jul./ago./set. 2009.

SANTOS, M. L.; MORENO, M. S.; PEREIRA, V. M. Exame de papanicolaou: qualidade do esfregaço realizado por alunos de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 19-25, jan./fev./mar. 2009.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 100-110, 2008. Suplemento 1.

SOUZA, I. G. S.; MOURA, E. R. F.; OLIVEIRA, N. C.; EDUARDO, K. G. T. Prevenção do câncer de colo uterino: percepções de mulheres ao primeiro exame e atitudes profissionais. **Revista Rene.**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 38-46, abr./jun. 2008.

STANLEY, M. A. Human papillomavirus vaccines. **Reviews Medical Virology**, London, v. 16, n. 3, p. 139-149, May/June 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

THUM, M.; HECK, R. M.; SOARES, M. C.; DEPRÁ, A. S. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 4, p. 509-516, out./dez. 2008.

TRINDADE, L. L.; LAUTER, L.; BECK, C. L. C. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 607-612, set./out. 2009.

TUCUNDUVA, L.T.C.M.; SÁ, V. H. L. C.; KOSHIMURA, E. T.; PRUDENTE, F. V. B.; SANTOS, A. F.; SAMANO, E. S. T. et al. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação as medidas de prevenção e rastreamento do câncer. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 257-262, jul./set. 2004.

VALE, D. B. A. P.; MORAES, S. S.; PIMENTA, A. L.; ZEFERINO, L. C. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na estratégia saúde da família no município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 383-390, fev. 2010.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMANM, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Hucitec, 2009. p. 531-562.

VERDI, M.; ALONSO, I. L. K. Atenção primária de saúde e a enfermagem. In: VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. F. M. (Org.). **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005. p. 17-32.

WEILLER, T. H. **O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias**. 2008. 185 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

WITTET, S.; TSU, V. Cervical cancer prevention and the Millenium Development Goals. **Bulletin of the Health Organization**, Genebra, v. 86, n. 6, p. 488-490, June 2008.

WOLSCHICK, N. M.; CONSOLARO, M. E. L.; SUZUKI, L. E.; BOER, C. G. Câncer do colo do útero: tecnologias emergentes no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 123-129, abr./jun. 2007.



## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### FORMULÁRIO

##### Identificação

Nº.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F

**Escolaridade:** ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto  
 ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto  
 ( ) Ensino superior completo

**Estado Civil:** Casado (a) ( ) Solteiro(a) ( ) Separado (a) ( ) Viúvo (a) ( )  
 União estável ( )

**Função na Equipe:** Médico ( ) Enfermeiro ( )  
 Auxiliar/ou Técnico de Enfermagem ( )  
 Agente Comunitário de Saúde ( )

**Tempo de Trabalho na Equipe:** ( ) menos de um ano ( ) um a cinco anos  
 ( ) mais de cinco anos

##### Informações a respeito do rastreamento no câncer de colo de útero:

**1-** Assinale quais estratégias são utilizadas pela Equipe de Saúde da Família da qual você faz parte, para facilitar o acesso da mulher à Unidade de Saúde da Família para coleta do papanicolaou.

- ( ) coleta em horários diferenciados
- ( ) convite através da busca ativa
- ( ) ações educativas na própria unidade
- ( ) informações referentes ao exame de Papanicolaou em consultas periódicas

2- As ações desenvolvidas pelo Programa de Saúde da Família para o controle do câncer de colo de útero, pela Secretaria Municipal de Saúde desta cidade, às mulheres, são:

totalmente divulgadas  parcialmente divulgadas  não divulgadas  não sabe

3- Quais você considera os principais fatores de risco para o câncer de colo de útero?

---

---

4- São realizadas ações educativas às mulheres residentes na área de abrangência da unidade de saúde da família, com a finalidade de prevenir o câncer de colo de útero?

sim  não  não sabe. Cite algumas ações:

---

---

---

5- Fale sobre a adesão do usuário às ações referentes ao câncer de colo de útero, oferecidas pela equipe de saúde da família.

Ótima  Boa  Regular  Ruim

6- Existe o agendamento para coleta do exame de papanicolaou na unidade em que você atua?

sim  não  não sabe . Se sim, como é feito, quantas vezes por semana o serviço é oferecido? \_\_\_\_\_

---

---

7- A estrutura física para a coleta do exame de Papanicolaou e os materiais disponíveis, como, por exemplo, kits para coleta, material informativo, são:

adequados- sempre tem  parcialmente - às vezes falta  não adequado - falta sempre

8- Quantos profissionais realizam a coleta de exame preventivo nesta unidade de saúde: \_\_\_\_\_.

Qual categoria profissional de quem faz a coleta? \_\_\_\_\_.

9- A Prefeitura Municipal juntamente com a Coordenação do Programa de Saúde da Família, proporcionam cursos de capacitação profissional relacionado à saúde da mulher/câncer de colo de útero?

Sim  Não

Quando ocorreu a última capacitação?

há menos de 02 anos  há 03 – 05 anos  há mais de 05 anos  não lembra

**10-** Existe alguma forma de registro das clientes que se submetem ao exame de papanicolaou na unidade? Por exemplo, um arquivo rotativo onde cada mulher possui sua ficha com data da última coleta, resultado e intervenção.

sim  não  não sabe

**11-** Quais você considera os principais sinais e sintomas do câncer de colo de útero?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12-** Há um sistema de referência e contra-referência para o seguimento das mulheres com exame de preventivo alterado? Se sim, exemplifique quais os locais de referência:

sim  não  não sabe. Locais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13-** Quando as mulheres faltam na coleta ou não retornam para buscar o resultado da citologia, qual o procedimento adotado para resolver esta situação?

Busca ativa pelo enfermeiro

Busca ativa pelo ACS

Outros: \_\_\_\_\_

**14-** Quais ações você realiza e considera de extrema importância na prevenção e controle deste tipo de câncer:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15-** Como você avalia a atuação da ESF da qual faz parte, para diminuir os casos de câncer de colo de útero?

Ótima  Boa  Precisa melhorar  Ruim

**16 -** Gostaria de acrescentar alguma ação, ou atividade que a equipe de saúde da família realiza e que não foi abordada na entrevista?

Sim  Não. Cite. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**17 -** Gostaria de acrescentar alguma ação, atividade ou idéia que a equipe de saúde da família gostaria de realizar, porém ainda não foi possível, para melhoria da qualidade dos serviços prestados à mulher para a prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero?

Sim  Não. Cite.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE**  
**PÚBLICA**

Ilmo Sr Secretário Municipal de Saúde  
Prezado Senhor: Dr. Cleiton Piotto Assunção

Na qualidade de enfermeira aluna do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, venho, respeitosamente, solicitar autorização para o desenvolvimento do projeto de mestrado.

Em anexo a este documento encontra-se uma cópia do projeto, onde constam os dados necessários para a sua apreciação e posterior aprovação.

O estudo tem por objetivo identificar as ações realizadas pelas equipes de saúde da família do município de Passos-MG, para a prevenção e descoberta precoce deste tipo de câncer. A orientadora do projeto é a Profª.Drª. Marislei Sanches Panobianco.

Será mantido o sigilo, o anonimato e o respeito a todos os profissionais envolvidos na pesquisa e às instituições em estudo.

Com o intuito de vivenciar a realidade das estratégias utilizadas para a prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero, optei pelos Programas de Saúde da Família, onde atuam as equipes de Saúde da Família, acreditando que corresponderá às minhas expectativas quanto ao estudo e como enfermeira.


Certa de contar com sua habitual atenção, subscrevo-me.

Atenciosamente,

  
Iácara Santos Barbosa Oliveira

Local e ciente. De acordo:

Data: Passos, 31 de Agosto de 2009.

Assinatura do Secretário: 

## APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE**  
**PÚBLICA**

Ilma Sra. Coordenadora dos Programas de Saúde da Família  
Prezado Senhora: Vanessa Luzia Queiroz Silva

Na qualidade de enfermeira aluna do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, venho, respeitosamente, solicitar autorização para o desenvolvimento do projeto de mestrado.

Em anexo a este documento encontra-se uma cópia do projeto, onde constam os dados necessários para a sua apreciação e posterior aprovação.

O estudo tem por objetivo identificar as ações realizadas pelas equipes de saúde da família do município de Passos-MG, para a prevenção e descoberta precoce deste tipo de câncer. A orientadora do projeto é a Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Marislei Sanches Panobianco.

Será mantido o sigilo, o anonimato e o respeito a todos os profissionais envolvidos na pesquisa e às instituições em estudo.

Com o intuito de vivenciar a realidade das estratégias utilizadas para a prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero, optei pelos Programas de Saúde da Família, onde atuam as equipes de Saúde da Família, acreditando que corresponderá às minhas expectativas quanto ao estudo e como enfermeira.

Certa de contar com sua habitual atenção, subscrevo-me.

Atenciosamente,

  
Iácara Santos Barbosa Oliveira

Local e ciente. De acordo:

Data: Passos, 28 de Agosto de 2009.

Assinatura da Coordenadora dos PSF: Vanessa L. Queiroz Silva

**APÊNDICE D****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**Atuação de profissionais das equipes de PSF na prevenção do câncer de colo do útero**”, que tem como objetivo identificar as ações realizadas pelas equipes de saúde da família do município de Passos-MG, para a prevenção e/ou descoberta precoce deste tipo de câncer. Acreditamos que este estudo poderá contribuir para a equipe de saúde compreender melhor seu atendimento às usuárias e planejar ações assistenciais e educativas. Para participar, você deverá responder a algumas perguntas sobre o atendimento às mulheres e sobre orientações para a prevenção e controle do câncer de colo de útero, além de fornecer alguns de seus dados pessoais, como idade, grau de instrução, estado civil, e sobre sua função na equipe do PSF. Estaremos em uma sala reservada, aqui na unidade de saúde, ou em seu domicílio, caso preferir. Para isso, levaremos, em média, 20 minutos. Os dados dessa pesquisa serão anotados, por mim, em um formulário e gravado, e os resultados serão divulgados apenas em artigos e eventos científicos. Sua identidade será mantida em segredo, assim como qualquer informação que considerar secreta, e você poderá deixar de participar da pesquisa no momento que desejar. Para participar você não terá nenhuma despesa, nem dano à sua saúde, ou ao seu trabalho. Meu nome é Iácara Santos Barbosa Oliveira, este é meu projeto de mestrado e minha orientadora é a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marislei Sanches Panobianco. Endereço e telefone para contato: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Av. Bandeirantes, 3900 – CEP: 14040-902 - (16) 3602-3480/ 3421-4698. e-mail: iacaraoliveira@usp.br

Uma via deste documento, assinado por você, pela Prof<sup>a</sup> Marislei e por mim, ficará com você e outra conosco.

**Nome e Assinatura da(o) participante:** \_\_\_\_\_

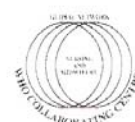
**Assinaturas das pesquisadoras**

Iácara Santos Barbosa Oliveira \_\_\_\_\_

Marislei Sanches Panobianco \_\_\_\_\_



## ANEXO



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo  
 Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para  
 o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem  
 Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
 FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 251/2009

Ribeirão Preto, 28 de outubro de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de outubro de 2009.

**Protocolo:** nº 1086/2009

**Projeto:** ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE PSF NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.

**Pesquisadores:** Marislei Sanches Panobianco  
 Iácara Santos Barbosa Oliveira

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

**Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento**  
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

**Profª. Drª. Marislei Sanches Panobianco**  
 Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP