

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO
DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE
COLO DO ÚTERO NO ESTADO DE SERGIPE**

ANDRÉ LUIZ DE JESUS MORAIS

ARACAJU
Fevereiro - 2014

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO
DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE
COLO DO ÚTERO NO ESTADO DE SERGIPE**

Dissertação de mestrado submetida à
banca examinadora como parte dos
requisitos para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Ambiente.

ANDRÉ LUIZ DE JESUS MORAIS

Orientadoras: Prof^a. DSc. Cristiane Costa da Cunha Oliveira
Prof^a. DSc. Marлизete Maldonado Vargas

ARACAJU
Fevereiro - 2014

M827a Morais, André Luiz de Jesus

Avaliação da Atenção Básica no Âmbito da Política de Prevenção do Câncer do Colo de Útero no Estado de Sergipe / André Luiz de Jesus Morais; orientação [de]: Dr^a Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Dr^a Marлизete Maldonado Vargas. – Aracaju: UNIT, 2014.

82f.: 23 cm

Inclui bibliografia

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente)

1. Atenção Básica 2. Prevenção 3. Câncer de Colo do Útero. I. Oliveira, Cristiane Costa da Cunha. II. Vargas, Marлизete Maldonado. III. Universidade Tiradentes. IV. Título

CDU: 618.14-006

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE
PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO ESTADO DE SERGIPE**

ANDRÉ LUIZ DE JESUS MORAIS

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE TIRADENTES COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE.

Aprovado em ____/____/____ por:

DSc. Cristiane Costa da Cunha Oliveira
Orientadora

DSc. Marлизete Maldonado Vargas
Orientadora

DSc. Cláudia Moura de Melo
1ª Examinadora

DSc. Edilene Curvelo Hora
2ª Examinadora

DSc. Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo
3º Examinador

ARACAJU
Fevereiro - 2014

Esta dissertação é dedicada a Maria de Lourdes de Jesus Moraes, minha tia materna, que abandonou seu casulo orgânico devido a um agressivo câncer de colo uterino... a ela todo o meu amor.

[...] O amor perdoa multidões de pecado [...]

(Benjamin Teixeira de Aguiar pelo espírito Eugênia-Aspásia)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Infinita Bondade de Deus que me proporcionou a benção da oportunidade de realizar esse trabalho; assim como a Maria Santíssima que em seu Amor desmedido conduziu-me à Universidade Tiradentes com o intuito de elaborar este fim. Agradeço ainda Ao Espírito Eugênia Aspásia que mui misericordiosamente manifesta-se através da Mediunidade Ímpar de Benjamin de Aguiar e nos ensina Pérolas de Felicidade e Paz.

À minha Genitora Selma Moraes que sempre se esqueceu de si mesma para servir àqueles que ama; ao meu irmão Fernando Moraes que sempre procurou me ajudar em momentos de dificuldade.

Às Orientadoras Cristiane Cunha e Marлизete Maldonado que sempre me receberam acalmando minhas angústias e dificuldades no percurso dessa jornada de Trabalho Científico.

Ao meu muito amado Cônjuge Carlos Henrique Carvalho que sempre esteve ao meu lado. Homem digno e honrado, gentil e especial que me presenteia diariamente com o seu amor e companhia; especialmente nos momentos de desafio. A você minha devoção e meu amor com ar de gratidão desmedida.

À Christianne Santos que me ajudou muito especialmente na conclusão desse trabalho, tendo em vista a minha limitação nos ajustes finais de formatação textual.

Aos pacientes e profissionais que se mostraram solícitos a minha pessoa e a todos que no tempo e espaço nos honra com a leitura dessas breves e despretensiosas linhas.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	ix
RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xi
APRESENTAÇÃO.....	xii

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	CAPÍTULO I - CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	15
2.1	Conceito e Evolução.....	15
2.2	Epidemiologia.....	15
2.3	Fatores de Risco.....	17
2.4	Manifestações Clínicas.....	18
2.5	Diagnóstico.....	18
2.6	Tratamento.....	20
2.7	Prevenção.....	21
3	ATENÇÃO BÁSICA.....	24
3.1	Atenção Básica no Controle do Câncer Cérvico-Uterino.....	25
3.2	Avaliação de Programas de Saúde.....	29
	REFERÊNCIAS.....	32
4	CAPÍTULO II - MÉTODO.....	36
4.1	Tipo de Estudo.....	36
4.2	Local e Período do Estudo.....	36
4.3	Amostra.....	36
4.4	Instrumento de Pesquisa.....	37
4.5	Coleta de Dados.....	38
4.6	Análise de Dados.....	39
4.7	Aspectos Éticos.....	40
5	CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
5.1	ARTIGO 1 - Avaliação da Atenção Básica no âmbito da Política de Prevenção do Câncer de Colo de Útero no Estado de Sergipe	42
6	CONCLUSÃO.....	65
6.1	APÊNDICES E ANEXOS.....	67
	APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista para Técnica de Grupo Focal (Mulheres)	
	APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista para Técnica de Grupo Focal (Enfermeiras)	
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
	APÊNDICE D - Tabela 06: Relatos de entrevistas sobre as orientações quanto à prevenção do câncer de colo uterino nas sete regionais de Sergipe em 2012/2013.	
	ANEXO A - Tabela 07: Razão entre a quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres 25 a 59 anos na Regional Glória em 2011 e 2012.	
	ANEXO B - Tabela 08: Razão entre a quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres 25 a 59 anos na Regional Socorro em 2011 e 2012.	
	ANEXO C - Tabela 09: Razão entre a quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres 25 a 59 anos na Regional Propriá em 2011 e 2012.	
	ANEXO D - Tabela 10: Razão entre a quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres 25 a 59 anos na Regional Itabaiana em 2011 e 2012.	
	ANEXO E - Tabela 11: Razão entre a quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres 25 a 59 anos na Regional Aracaju em 2011 e 2012.	
	ANEXO F - Tabela 12: Razão entre a quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres 25 a 59 anos na Regional Lagarto em 2011 e 2012.	
	ANEXO G - Tabela 13: Razão entre a quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres 25 a 59 anos na Regional Estância em 2011 e 2012.	
	ANEXO H - PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA	

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1 - AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO ESTADO DE SERGIPE

Tabela 01: Relatos das entrevistas sobre acesso e dificuldades na realização do exame e entrega de resultados nas sete regionais de Sergipe em 2012 e 2013.....	46
Tabela 02: Relatos das entrevistas sobre as técnicas de captação de público-alvo e dificuldades na realização do exame e entrega de resultados nas sete regionais de Sergipe em 2012 e 2013.....	49
Tabela 03: Relatos das entrevistas sobre o encaminhamento e tratamento de casos detectados nas sete regionais de Sergipe em 2012 e 2013.....	52

Tabela 04: Relatos das Entrevistas sobre o conhecimento sobre os aspectos comportamentais que influenciam o microambiente vaginal e sua relação com lesões do colo uterino nas sete Regionais de Sergipe em 2012 e 2013.....	54
Tabela 05: Razão entre quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres de 25 a 59 anos nas regionais de Sergipe em 2011 e 2012.....	58

RESUMO

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO ESTADO DE SERGIPE

Este estudo objetivou avaliar a qualidade da atenção básica quanto às ações de prevenção do câncer de colo do útero no estado de Sergipe. Tratou-se de uma pesquisa multimétodo, com abordagem quali-quantitativa, realizada com usuárias (N=840) e enfermeiras (N=9) nas sedes das regionais de saúde deste estado. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e registros do sistema

informatizado do Instituto Nacional do Câncer de todas as mulheres de 25 a 59 anos captadas que realizaram o exame papanicolau. Os dados foram dispostos em quadros, sendo a Técnica de Grupo Focal utilizada para captação das respostas dessas usuárias e Enfermeiras, por meio de questões disparadoras. Foram encontradas cinco categorias após análise criteriosa dos relatos: acesso e dificuldades na realização do exame e entrega dos resultados, técnicas de captação de público-alvo e dificuldades na realização e entrega dos exames, encaminhamento e tratamento dos casos detectados, conhecimento sobre os aspectos comportamentais que influenciam no microambiente vaginal e sua relação com lesões do colo uterino e orientações quanto à prevenção do câncer de colo uterino. Os resultados revelam que houve diminuição no número de exames realizados no estado em 2012 (36.311) em relação a 2011 (67.216); sendo a Regional Propriá a que se destacou nesse particular ($p=0,004$). A análise qualitativa demonstrou discordâncias entre os relatos das usuárias e enfermeiras quanto ao acesso e dificuldades na realização do exame e técnicas de captação de público-alvo. No entanto, houve concordância quanto ao conhecimento sobre aspectos comportamentais, e principalmente nas dificuldades de encaminhamento e condições de tratamento dos casos detectados. Torna-se necessário um profundo repensar por parte da equipe e, especialmente dos gestores, tendo como base os princípios que regem o conceito da atenção básica em saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica. Prevenção de colo uterino. Câncer de Colo do Útero

ABSTRACT

ASSESSMENT OF THE IMPORTANT BASICS IN THE CONTEXT OF THE POLICY OF PREVENTION OF COLON CANCER IN THE STATE OF SERGIPE

This study aimed to evaluate the quality of basic attention regarding the actions of prevention of cervical cancer of the uterus in the state of Sergipe. It was a multi method search approach, with quali-quantitativa, performed with users (N= 840) and nurses (N= 9) in the headquarters of regional health of this state. The data were

collected through semi-structured interviews and records of the computerised system of the National Cancer Institute of all women 25 to 59 years captured that underwent the examination pap smears. The data were arranged in tables, being the Focal Group Technique used to capture the responses of these users and Nurses, by means of questions start up. Five categories were found after careful analysis of the reports: access and difficulties in carrying out the examination and delivery of results, techniques to capture target audience and difficulties in the implementation and delivery of examinations, forwarding and handling of cases detected, knowledge about the behavioral aspects that influence the vaginal microenvironment and its relationship with lesions of the uterine cervix and guidelines regarding the prevention of cancer of the uterine cervix. The results show that there was a reduction in the number of examinations performed in the state in 2012 (36,311) compared to 2011 (67,216); being the Propriá Regional that stood out in this particular ($p= 0.004$). The qualitative analysis showed discrepancies between the accounts of the users and nurses regarding access and difficulties in carrying out the examination and capture techniques to target audience. However, there was no agreement regarding the knowledge about behavioral aspects, and especially in difficulties of forwarding and conditions of treatment of cases detected. It is necessary a profound rethink on the part of the team, and especially of managers, taking as a basis the principles which govern the concept of primary health care.

Keywords: Basic Attention. Prevention of uterine cervix. Cervix Cancer of the Uterus

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação intitulada “Avaliação da atenção básica no âmbito da política de prevenção do câncer de colo do útero no estado de Sergipe”, apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes – UNIT se insere na Linha de Pesquisa “Ambiente, Desenvolvimento e Saúde” área de atuação “Promoção de Saúde e Qualidade de Vida”¹:

Esta pesquisa está composta por cinco partes:

- Introdução contextualizando o estudo.
- Fundamentação Teórica onde são abordados os temas câncer de colo de útero; fatores de risco e aspectos ambientais; epidemiologia, diagnóstico; tratamento; prevenção; cobertura do exame citológico (Papanicolau) pela atenção básica; percepção de usuárias e enfermeiros dentro da política de prevenção.
- O método que trata de todo delineamento da dissertação.
- Um artigo resultante da produção da pesquisa. Este submetido a periódico científico, estando na formatação original de submissão.
- E, por último, na conclusão, são apontados os resultados e as expectativas de contribuição deste trabalho.

¹ Linha de Pesquisa do Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes - UNIT, do site: http://ww3.unit.br/mestrado/saude_ambiente/pesquisa/linha-1-ambiente-desenvolvimento-e-saude/

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, apresentando altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de nível social e econômico baixo e em fase produtiva de suas vidas. Um marco histórico importante no diagnóstico do câncer de colo uterino foi o estudo de Papanicolaou e Traut (1943), que mostrou ser possível detectar células neoplásicas mediante o esfregaço de material vaginal. Assim, o exame de Papanicolau passou a

ser utilizado por diversos países para o rastreamento populacional, na detecção precoce do câncer de colo uterino (BRENNAN et al., 2001; GUERRA et al., 2005).

No entanto, países com limitados recursos como o Brasil, não têm expandido satisfatoriamente os serviços de rastreamento populacional para o câncer de colo uterino. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o câncer de colo uterino representa a segunda causa de mortalidade bruta entre as neoplasias malignas para a população feminina (BRENNAN et al., 2001).

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Oncológica, com a efetivação da Atenção Básica foi proposta como estratégia de reorganização do modelo assistencial, que depende de sua transformação num nível de atenção de alta resolubilidade, qualidade e capacidade de integração com os demais níveis do sistema (PARADA et al., 2008; CASTANHEIRA et al., 2009).

Em busca dessa estruturação da rede, a fim de realizar a detecção precoce do câncer de colo uterino e otimizar o atendimento em casos de alteração, o Ministério da Saúde atribuiu responsabilidades no controle do câncer de colo uterino para cada nível de atenção. O nível primário realiza o exame clínico ginecológico e a coleta de material para o exame citopatológico e presta informações sobre promoção da saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce, adotando-se um enfoque multidisciplinar. O nível secundário realiza o diagnóstico e/ou tratamento de uma lesão detectada por meio de colposcopia e da cirurgia de alta frequência (CAF), quando indicada. Por fim, o nível terciário/quaternário realiza o tratamento de lesões cirúrgicas que não podem ser tratadas no nível secundário (PARADA et al., 2008; BRASIL, 2011).

A produção de conhecimentos voltados para o foco avaliativo ainda não é tão expressiva no Brasil. Devido a tal panorama e a crescente necessidade da avaliação dos serviços, impõe-se a produção cada vez maior de estudos sobre avaliação nas unidades assistenciais e esferas gestoras. Esses estudos podem contribuir para a reorganização dos serviços além de ser uma ferramenta de participação popular (ALBUQUERQUE et al., 2009).

A partir da avaliação da assistência prestada pode-se inferir a qualidade da atenção à saúde em geral, incluindo-se aí a resolatividade, uso adequado de exames complementares, oportunidade das ações, acesso a medicamentos ou a níveis mais complexos do sistema de saúde.

Nesse sentido, os objetivos da pesquisa foram avaliar a qualidade da Atenção Básica de Saúde quanto às ações da Política de Prevenção do Câncer de Colo do Útero no Estado de Sergipe no biênio 2011 e 2012. Teve-se como objetivos específicos: analisar o quantitativo de exames Papanicolau realizados em mulheres de 25 a 59 anos por regional do Estado no biênio 2011 e 2012; identificar as concepções de enfermeiros (as) e usuárias sobre a importância do exame para prevenção de câncer de colo de útero e comportamentos preventivos para esta doença; discutir acerca das fragilidades e potencialidades da rede de atenção à saúde da mulher, em termos de prevenção e tratamento desta neoplasia.

2 CAPÍTULO I - CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

2.1 Conceito e Evolução

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser agressivas e incontroláveis,

determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (INCA, 2013).

O câncer do colo uterino, também chamado de cervical é uma doença silenciosa e demora muitos anos para se manifestar. Existe uma fase pré-clínica, sem sintomas, mas com transformações intraepiteliais que podem ser descobertas facilmente no exame preventivo (Papanicolau), por isso é importante a sua realização periódica. A principal alteração que pode levar a esse tipo de câncer é a infecção pelo papilomavírus humano, o HPV, com alguns subtipos de alto risco e relacionados a tumores malignos. Devido à sua lenta evolução, um tumor transcorre num período de aproximadamente dez anos entre a fase precursora e seu desenvolvimento. Antes de tornar-se maligno, o tumor passa por uma fase de pré-malignidade, denominada NIC (neoplasia intraepitelial cervical), que pode ser classificada em graus I, II, III e IV de acordo com a gravidade do caso. No entanto, mais de 70% das pacientes diagnosticadas apresentam a doença em estágio avançado na primeira consulta, o que dificulta a possibilidade de cura (MEDEIROS et al., 2005).

2.2 Epidemiologia

Num âmbito mundial, o câncer de colo uterino é o segundo tumor mais frequente na população feminina atrás apenas do câncer de mama, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil, gerando anualmente 4.800 vítimas fatais. Felizmente, as estatísticas estão mostrando que 44% dos casos diagnosticados no país são de lesão *in situ* precursora do câncer, que ainda está restrita ao colo e não desenvolveu características de malignidade. Nessa fase, as mulheres diagnosticadas precocemente com a doença, se tratadas adequadamente, têm 100% de chance de cura (SOARES et al., 2010; INCA, 2013).

Confirma-se que 500 mil casos novos são diagnosticados anualmente no mundo, com disparidades importantes entre as nações. A incidência é duas vezes

maior nos países menos desenvolvidos, se comparada à dos mais desenvolvidos. Essa diferença também é verificada em relação à sobrevivência, já que, nos países mais pobres, o diagnóstico é realizado na maioria das vezes em estágios avançados (BORSATTO; VIDAL; ROCHA, 2011).

No Brasil, ocorreram aproximadamente 17.540 casos novos de câncer do colo uterino e uma taxa de incidência de 19 casos por 100.000 mulheres em 2012. Este patamar tem se mostrado estável nos últimos anos e, em termos globais, não refletiu ainda as ações de controle em curso. Pela elevada magnitude e possibilidade de controle mediante ações organizadas para prevenção e detecção precoce, o câncer do colo uterino é considerado uma prioridade da Política Nacional de Atenção Oncológica. Desde 2006, o câncer do colo uterino é priorizado pelo Pacto pela Saúde dentre as ações de controle propostas em defesa da vida. A inclusão desta temática na agenda pública está presente na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher desde seu lançamento na Política Nacional de doenças sexualmente transmissíveis/acquired immunodeficiency syndrome (DST/Aids) e na Política Nacional de Atenção Básica ilustrando a transversalidade das ações de controle deste câncer (DIAS; TOMAZELLI; ASSIS, 2010; TEIXEIRA; VALENTE; FRANÇA, 2012).

A incidência e a mortalidade pelo câncer do colo do útero podem ser reduzidas através do rastreamento para a detecção e tratamento das lesões escamosas intraepiteliais de alto grau, precursoras do câncer invasivo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), com uma cobertura da população alvo em torno de 80% a 100% pelo exame de Papanicolau e uma rede organizada para diagnóstico e tratamento adequado, é possível reduzir em média 60 a 90% o câncer invasivo na população, sendo o câncer do colo do útero um exemplo do impacto positivo da detecção precoce na morbi-mortalidade em programas efetivos de rastreamento populacional (DIAS; TOMAZELLI; ASSIS, 2010).

A neoplasia maligna do colo uterino é a terceira em incidência entre a população feminina e responsável por cerca de 275 mil óbitos/ano no mundo, sendo alvo de grande preocupação por parte dos órgãos de saúde pública. Apesar das prioridades para o controle do câncer do colo uterino, a tendência de mortalidade por esse tipo de câncer continua alta no Brasil, destacando-o como um grande problema de saúde pública. Segundo a OMS, no Brasil existem atualmente 69,14 milhões de mulheres acima de 15 anos que estão em risco para o desenvolvimento de câncer

do colo uterino. A relevância desse problema para a saúde pública pode ser apontada, também, pela estimativa de que, a cada ano, 24.562 novos casos de câncer do colo uterino são diagnosticados e 11.055 mulheres morrem por essa causa (GOMES et al., 2012).

2.3 Fatores de Risco

No que se refere aos principais fatores de risco, a Organização Mundial de Saúde alerta que fatores ambientais, hábitos de vida e sociais são os de maior importância para o câncer de colo uterino. Além disso, outros fatores também podem agravar esse quadro, como o início precoce da atividade sexual, as baixas condições socioeconômicas, multiplicidade de parceiros ou parceiros com vida sexual promíscua; baixa da imunidade; tabagismo, precárias condições de higiene, bem como o uso prolongado de contraceptivos orais (LIMA; PALMEIRA; CIPOLOTTI, 2006; SOARES et al., 2010; RODRIGUES et al., 2012).

Com relação ao ambiente, interferente direto em condutas que possam aumentar determinado fator de risco, vale ressaltar que existe uma associação entre as atitudes e as características das usuárias; pois pessoas com boa autopercepção de saúde tendem a estar mais satisfeitas com os serviços prestados, e, as usuárias mais jovens tendem a ser menos satisfeitas. Além disso, o baixo nível educacional tem influência nos resultados insatisfatórios, à medida que pode determinar o entendimento resultando em baixa adesão às estratégias de prevenção (MOURA et al., 2010; GOMES et al., 2012; BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Um dos obstáculos no relacionamento profissional e usuária é o distanciamento socioeconômico e cultural entre os envolvidos. Algumas mulheres procuram o serviço com receio de estabelecer contato com os profissionais sentindo-se diminuída, inferior e por não ter consciência dos seus direitos como usuária do sistema de saúde (SOUSA et al., 2008).

A união estável também possui associação com uso esporádico ou não uso de preservativos, constituindo-se um fator de risco para o câncer de colo uterino. Há maior incidência de carcinoma de pênis nos parceiros fixos de pacientes com carcinoma cervical, provavelmente ocasionado pelo não uso de preservativo. Além disso, a classe econômica tem forte relação com o câncer de colo uterino em todo o mundo, pois são as classes de menor acesso aos serviços de saúde para a

realização do exame de Papanicolaou e as que enfrentam maiores dificuldades financeiras para darem seguimento ao tratamento, bem como pelo desconhecimento das medidas de promoção da saúde e prevenção da doença (EDUARDO et al., 2012).

Dentre as causas infecciosas, o principal agente associado é o HPV (Papiloma Vírus Humano), estando presente em cerca de 95% dos casos da doença. O histórico de doenças sexualmente transmissíveis (DST), principalmente na exposição ao vírus papiloma humano (HPV), é um fator de risco de grande significância para o câncer de colo uterino (MOURA et al., 2010).

A infecção pelo HPV é responsável pelo aparecimento das verrugas genitais, e representa o fator de maior risco para o surgimento do câncer de colo uterino. Os subtipos do HPV classificados como de alto risco são os subtipos 16, 18, 45, 56; de baixo risco, os subtipos 6, 11, 41, 42 e 44 e de risco intermediário, os subtipos 31, 33, 35, 51 e 52 (BORSATTO; VIDAL; ROCHA, 2011).

2.4 Manifestações Clínicas

As alterações citológicas provocadas pelo papiloma vírus humano no colo uterino foram reconhecidas pela primeira vez por Koss em 1956 e receberam o termo coilocitose. Entretanto, seu significado só foi reconhecido 20 anos depois. Aproximadamente 2% das mulheres submetidas ao *screening* para carcinoma de colo de útero apresentam evidências citológicas de infecção para o HPV, sendo a maioria com infecção subclínica, detectável apenas pela colposcopia. A prevalência da infecção latente, no entanto, é muitas vezes maior do que a percentagem referida (BENTO et al., 2010).

Os carcinomas epidemoides e os adenocarcinomas são os dois tipos mais frequentes de tumor maligno de colo de útero associados à infecção pelo HPV. Há cerca de 50 tipos desse vírus que acometem a mucosa do aparelho genital que já foram sequenciados, ou seja, analisados quanto à capacidade de esfoliação das células do colo uterino, identificando as células que estão alteradas, presentes em lesões pré-cancerígenas e na doença propriamente dita, com base na modificação da estrutura arquitetural (NAGAKAWA; SHIRMER; BARBIERI, 2010).

Nas fases iniciais, o câncer de colo de útero é assintomático. Quando os sintomas aparecem, os mais importantes são: sangramento vaginal depois das

relações sexuais e no intervalo entre as menstruações ou após a menopausa; corrimento vaginal (leucorreia) de cor escura e com mau cheiro. Já no estágio invasor da doença, os principais sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor. Quando o rastreamento apresenta boa cobertura (80%) e é realizado dentro dos padrões de qualidade, a redução dessa taxa de incidência pode ser maior. Além disso, outros sinais podem aparecer, tais como: massa palpável no colo do útero; hemorragias; obstrução das vias urinárias e intestinos; dores lombares e abdominais e perda de apetite e de peso (MOURA et al., 2010; RODRIGUES et al., 2012).

2.5 Diagnóstico

Por sua evolução lenta, considera-se que o câncer de colo do útero possui tempo disponível para que se faça o diagnóstico em tempo oportuno. As principais formas são a citologia, método desenvolvido por Papanicolau e que possui sensibilidade muito alta; colposcopia, método muito útil atualmente, quando associado à colpocitologia. A colposcopia permite um diagnóstico fiel, pela tomada de amostra de tecido para o estudo histopatológico no local das lesões suspeitas. A biópsia é outro método empregado, no caso da presença de NIC, sendo realizada com o auxílio do colposcópio, que localizará a lesão (PINHO; FRANÇA JUNIOR, 2003; FELICIANO; CHRISTEN, VELHO, 2010).

A avaliação ginecológica, a colposcopia e o exame citopatológico de Papanicolau realizados regular e periodicamente são recursos essenciais para o diagnóstico do câncer de colo uterino. Na fase assintomática da enfermidade, o rastreamento realizado por meio do Papanicolau permite detectar a existência de alterações celulares características da infecção pelo HPV ou a existência de lesões pré-malignas (SANTOS; MACÊDO; LEITE, 2010; GONÇALVES et al., 2011).

O exame de Papanicolau exhibe duas importantes limitações: (a) resultados falso-negativos, controlados, em parte, através de repetição periódica e (b) um programa de prevenção de câncer do colo uterino com base no exame de Papanicolau geralmente está aquém da disponibilidade de recursos das nações em desenvolvimento. Assim, a disparidade econômica entre países influencia na incidência e mortalidade, restando às nações em desenvolvimento taxas elevadas, representando cerca de 80% dos casos do câncer do colo uterino, globalmente.

Portanto, a redução do câncer de colo uterino nos países em desenvolvimento ainda representa uma necessidade não atendida (BORBA et al., 2010).

Virtualmente todos os casos de câncer do colo uterino (99,7%) resultam de infecções persistentes por tipos de HPV de alto risco (oncogênico) que não regrediram espontaneamente. Além disso, 90,5% dos adenocarcinomas cervicais estão relacionados aos tipos de HPV 16, 18 e 45. No Brasil, a prevalência de infecção por HPV no colo uterino varia entre 10% e 24,5% em mulheres com citologia normal, onde a prevenção do câncer de colo uterino é feita por rastreamento através do exame de Papanicolau, na maior parte das regiões, de forma oportunista e não organizada. Lamentavelmente, Sergipe em relação às lesões intra-epiteliais escamosas, não dispõe de estudos nos quais as relações causais tenham sido epidemiologicamente investigadas (GONÇALVES, 2008; BORBA et al., 2010).

O diagnóstico definitivo, porém, depende do resultado da biópsia. Nos casos em que há sinais de malignidade, além de identificar o subtipo do vírus infectante, é preciso definir o tamanho do tumor, se está situado somente no colo uterino ou já invadiu outros órgãos (presença de metástases). Alguns exames de imagem como tomografia, ressonância magnética e raios “X” (RX) de tórax representam recursos importantes nesse sentido (VARELLA, 2013).

Sabe-se que o câncer de colo uterino pode ter cura, se detectado precocemente, e dependendo das condições de vida e saúde dessa mulher. A sobrevida das mulheres com câncer de colo uterino é estimada por cinco anos, variando entre 59% a 69% nos países desenvolvidos. No Brasil, os casos de câncer de colo uterino são encontrados em estágios relativamente avançados, com sobrevida média das mulheres de 49% após cinco anos da doença, isto é, apenas metade das mulheres sobrevive após cinco anos de seu diagnóstico (RAMOS et al., 2006; MOURA et al., 2010).

2.6 Tratamento

O tratamento do câncer de colo de útero é mais efetivo quando a doença é diagnosticada na fase inicial, antes do aparecimento dos sintomas clínicos. Esse fato justifica a importância de estratégias para a detecção precoce desse tipo de câncer e de suas lesões precursoras (RODRIGUES et al., 2012).

As lesões precursoras do câncer de colo uterino e a doença instalada terá um tratamento de acordo com o grau de gravidade. Dentre as opções de tratamento das lesões precursoras têm-se a conização, Excisão Eletrocirúrgica por Alça - Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP) e histerectomia. Para alguns autores a conização é terapêutica porque remove toda a lesão com margem adequada do tecido normal. A LEEP é um método diagnóstico que eventualmente é utilizado para tratamento das lesões pré-neoplásicas. A histerectomia está indicada no caso de pacientes com NIC em que há a presença de lesão residual nas margens do cone, especialmente nas que passaram da idade reprodutiva (SILVA et al., 2010).

O Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino recomenda o tratamento dos processos inflamatórios com terapêutica definida e repetição do exame em caso de ASCUS (atipias de células escamosas de caráter desconhecido), AGUS (atipias de células glandulares de significado indeterminado), NIC I e HPV, ou encaminhamento da paciente para realização de colposcopia e cirurgia de alta frequência (CAF) com exérese total da lesão nos casos de NIC II, NIC III (sendo estas gradativamente lesões mais avançadas dos casos de lesão intraepitelial), carcinoma escamoso invasivo, adenocarcinoma *in situ*, adenocarcinoma invasivo ou outras neoplasias malignas (BOTTARI, 2007; MAIA et al., 2011; INCA, 2013).

No entanto, uma vez confirmada a presença de tumores malignos, o procedimento deve levar em conta o estágio da doença, assim como as condições físicas da paciente, sua idade e o desejo de ter, ou não, filhos no futuro. Pois a cirurgia só deve ser indicada, quando o tumor (carcinoma *in situ*) está confinado no colo do útero. De acordo com a extensão e profundidade das lesões, ela pode ser mais conservadora ou promover a retirada total do útero (histerectomia) (INCA, 2013).

A radioterapia externa ou interna (braquiterapia) tem-se mostrado um recurso terapêutico eficaz para destruir as células cancerosas e reduzir o tamanho dos tumores. Apesar da quimioterapia não apresentar os mesmos efeitos benéficos, pode ser indicada na ocorrência de tumores mais agressivos e nos estádios avançados da doença (CARVALHO et al., 2010).

2.7 Prevenção

As estratégias para controle do câncer podem ser dirigidas a indivíduos assintomáticos ou sintomáticos. As ações voltadas para indivíduos assintomáticos objetivam tanto evitar o câncer mediante o controle da exposição aos fatores de risco (prevenção primária) como detectar a doença e/ou lesões precursoras em fase inicial (rastreamento). As ações que identificam indivíduos sintomáticos com câncer em estágio inicial são chamadas de diagnóstico precoce. O conjunto de ações de rastreamento e diagnóstico precoce é denominado de detecção precoce (PARADA et al., 2008).

Assim, o exame de prevenção do câncer do colo uterino data da década de 1940, foi implantado na rede pública em 1999 e compõe atualmente a Política Nacional de Atenção Oncológica, sob responsabilidade do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Sua finalidade consiste na detecção precoce da neoplasia invasora e suas lesões precursoras por meio da análise citológica do esfregaço obtido pela coleta utilizando a técnica de Papanicolau. Dados estatísticos revelam que o rastreamento efetivo consegue reduzir a incidência de formas invasoras do câncer de colo em até 91% (BENTO et al., 2010; DIAS; TOMAZELLI; ASSIS, 2010).

O controle do câncer do colo uterino se destaca entre as políticas de saúde no Brasil. O Programa de Prevenção de Câncer de Colo Uterino no Brasil foi implantado pelo Instituto Nacional do Câncer em 1997. Este Programa consiste no rastreamento anual para o câncer do colo uterino através do teste de Papanicolau em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos e no tratamento, quando necessário, de acordo com cada caso. Em 2001, o controle do câncer de colo uterino foi incluído como uma das atividades inerentes à área de Saúde da Mulher, definida como uma das áreas estratégicas a serem desenvolvidas na atenção primária (BORBA et al., 2010).

Recomenda-se a realização do exame Papanicolau a partir de 25 anos para as mulheres que já iniciaram a atividade sexual, podendo ser preterido a partir dos 65 anos, caso dois exames consecutivos tenham apresentado resultado negativo nos últimos 5 anos. O Brasil, apesar dos constantes esforços em educação da população e de disponibilizar o exame pela rede pública, continua apresentando taxas de incidência e mortalidade crescentes, contrapondo-se à tendência de regressão apresentada em países desenvolvidos. Em 2012, ocorreram 17.540 novos casos, daí a relevância de estudos epidemiológicos capazes de fornecer dados

representativos da realidade local e que auxiliem no delineamento de novas e mais eficientes estratégias de enfrentamento ao problema (GOMES et al., 2012).

Sabe-se que muitas mulheres demonstram constrangimento, ansiedade, medo, preocupação em relação ao exame. Dessa forma, procuram fazer o exame quando sentem algum incômodo, como corrimento vaginal, prurido, dor pélvica, infecção urinária ou menstruação desregulada. Esse comportamento interfere no melhor aproveitamento do exame, já que o mesmo é de caráter preventivo do câncer de colo uterino, e não de tratamento de doenças pré-existentes (MOURA et al., 2010; SOARES et al., 2010).

Ressalta-se então, a importância da Educação em Saúde como meio de controle do câncer ginecológico. A própria legislação enfatiza o papel do enfermeiro nesse contexto. Portanto, o enfermeiro tem um papel de grande importância no exame de papanicolau, podendo atuar em ações educativas, conscientizando as mulheres quanto à importância do exame. Na consulta de enfermagem ginecológica, o profissional atua nas ações de controle do câncer, identificando aspectos da história de vida e de saúde da mulher, fazendo orientações sobre as doenças sexualmente transmissíveis. Adicionalmente, dentro do compromisso com a Educação em Saúde, o enfermeiro organiza atividades educativas sobre o procedimento e sua importância (MOURA et al., 2010).

Atualmente, no Brasil, já existem dois tipos de vacina contra o HPV disponíveis no mercado e, ambas mostram-se capazes de evitar o câncer de colo uterino em 70% dos casos. Seu preço médio é de R\$ 500,00, o que a torna pouco acessível à população. Caso ocorra a adoção da vacina em escala nacional, haverá uma mudança drástica no perfil epidemiológico do câncer de colo uterino no Brasil. A vacinação é recomendada para meninas ainda na infância, em três doses, antes do início da atividade sexual. No entanto, mulheres já vacinadas devem continuar fazendo o exame preventivo de rastreamento, o Papanicolau (BORSATTO; VIDAL; ROCHA, 2011).

O parâmetro nacional para pactuação da razão entre exames citopatológicos cervicais realizados em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina desta faixa etária para o ano de 2009 foi de 0,28. O Informativo do Monitoramento das Ações de Controle do Câncer do Colo Uterino do Inca mostra que, nesse ano, a razão acima referida foi de 0,15, ou seja, 53,2% do valor pactuado e que 68,7% da

repetição de exames foram desnecessários, comprometendo, provavelmente, o acesso de mulheres que nunca realizaram o exame (SOARES et al., 2010).

As vacinas profiláticas têm uma ótima eficácia na prevenção de infecções causadas pelos tipos de HPV oncogênicos mais prevalentes, HPV 16 e HPV 18. As vacinas encontram-se disponíveis na rede privada e têm o potencial de diminuir significativamente a incidência do câncer do colo uterino e outros cânceres associados à infecção persistente por HPV oncogênico (BORSATTO; VIDAL; ROCHA, 2011).

A prevenção do câncer de colo uterino é relativamente barata quando levamos em consideração a relação custo/benefício. Por outro lado, a maioria dos problemas da população não depende diretamente de alta tecnologia para sua prevenção ou controle, mas da responsabilidade pelos profissionais de saúde quanto ao papel de educadores e formadores de uma consciência sanitária junto às mulheres, incentivando-as à prática do exame preventivo, fortalecendo sua participação social no processo. Dada à importância do diagnóstico precoce, as mulheres precisam ser permanentemente orientadas sobre a necessidade de consultar o ginecologista e fazer o exame de Papanicolau, como forma de identificar possíveis lesões ainda na fase de pré-malignidade (SOARES et al., 2010).

Diretrizes publicadas pelo Center for Disease Control estabeleceram, como rotina, a vacina tetravalente, aprovada pelo Food and Drugs Administration, pois apesar de não alterar o curso da doença pré-existente, protege a mulher das cepas as quais não foi exposta. A vacina é recomendada para mulheres que não iniciaram a atividade sexual, sendo a idade sugerida para vacinação entre 11 e 12 anos, podendo ter início a partir dos 9 anos. Mulheres de 13 a 26 anos que não tenham sido previamente vacinadas também podem ser imunizadas. Além disso, as mulheres vacinadas serão acompanhadas por no mínimo 14 anos para avaliar a duração da imunização e determinar quando as doses de reforço deverão ser feitas (NADAL; NADAL, 2008).

Contudo, o uso do preservativo é recomendado em todas as relações sexuais onde os indivíduos tiveram ou não contato com o HPV, pois existem efeitos protetores contra o aparecimento de novas lesões sugestivas de infecção (NICOLAU, 2002).

No Brasil, a prevenção secundária é realizada através do exame de Papanicolau, um exame seguro, barato e de especificidade relativamente boa, que

pode rastrear lesões cancerígenas em fases iniciais, antes de se tornarem invasivas. Além dos exames preventivos, outras formas de prevenção são propostas, como a ingestão de antioxidantes (vitaminas C e E, carotenóides), bem como a conscientização do casal quanto à importância do preservativo (ANTICAGLIA; SOUZA; RAITZ, 2008).

3 ATENÇÃO BÁSICA

A implementação do Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da década de 1990 representou historicamente um padrão consolidado de organização dos serviços de saúde no país. Na segunda metade desta década o processo de implantação do SUS caminhou para a adoção de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica de Saúde (MAIA et al., 2011).

Segundo Alarcón-Cerón (2012), a Organização Mundial de Saúde, com o apoio da Organização Pan-americana de Saúde, está empreendendo esforços importantes para reformar e reestruturar os sistemas de saúde, tornando-os mais eficazes, eficientes, acessíveis e inclusivos, contando para isso com ajuda e renovação da Atenção Primária de Saúde.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Na linha de cuidados do câncer, a atenção primária à saúde tem responsabilidade quanto a ações de promoção, prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos, ou seja, em todos os níveis de prevenção da história natural da doença (BOTTARI, 2007; PARADA et al., 2008).

Destaca-se a importância da assistência prestada pelo Serviço de Atenção Básica referente às ações de Saúde da Mulher no que diz respeito ao planejamento familiar, ao pré-natal e, especialmente, à prevenção de câncer de colo de útero. O

Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994, com o objetivo de reorganizar o sistema de saúde a partir de uma atenção básica, introduzindo novos princípios com foco na prevenção e promoção de saúde, desempenha um papel fundamental na prevenção e controle do câncer de colo uterino e nas demais ações voltadas para a saúde da mulher através da integração de uma equipe multidisciplinar e com a participação da comunidade, visando obter um melhor impacto sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença (NASCIMENTO; SANTOS; CARNUT, 2011).

A Atenção Primária é a porta de entrada preferencial para o usuário sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde com fins de construir um atributo acessível à população, eliminando barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais. No Brasil, a atenção primária se materializa através do PSF, implantado como um programa vinculado ao modelo sanitista definido-se como uma estratégia de mudança assistencial. Para consolidar o PSF como uma política reordenadora da atenção primária no país, em 2006 o programa passou a ser chamado de “estratégia de saúde da família” (ESF) e, a partir de então, passou a contar com o suporte legal de uma Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (VIEIRA; GARNELO; HORTALE, 2010; NASCIMENTO; SANTOS; CARNUT, 2011).

Com o intuito de atender às necessidades de saúde da população, o PSF atua por meio de programas específicos, com o objetivo de atender a mulher em sua integralidade por todo ciclo vital, implementando ações de saúde que contribuam para a garantia dos seus direitos humanos e para redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Além disso, os profissionais atuantes devem exercer com competência em três pilares: conhecimento, habilidade e atitudes (JÁCOME et al., 2011; MAIA et al., 2011).

Nesse contexto, uma das estratégias adotadas pelo PSF para promover a saúde da mulher é a realização do exame de Papanicolau com a finalidade de detecção precoce do carcinoma cervical uterino. A realização do exame constitui um método simples no qual se faz um esfregaço citológico obtendo células do tecido epitelial da ectocérvice e endocérvice, permite um rastreamento de lesões e um diagnóstico precoce do carcinoma. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o câncer do colo de útero é considerado como um grande problema de saúde pública,

sendo responsável por uma crescente incidência de morbimortalidade feminina (SANTOS; MACÊDO; LEITE, 2010).

3.1 Atenção Básica no Controle do Câncer Cérvico-Uterino

A implantação do PSF, inicialmente voltado para atender e estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social foi um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. Em 1999, o PSF passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, reorientando o modelo assistencial e determinando uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (BRASIL, 2011).

A estrutura do sistema para o controle do câncer cérvico-uterino baseia-se em uma concepção hierarquizada, onde cada nível de atenção tem seu papel bem definido. A concepção de organização dos serviços de saúde em níveis hierárquicos surge em 1920 na Grã-Bretanha, quando foi publicado um texto oficial distinguindo três principais níveis de serviços de saúde: os centros de saúde primários, centros de saúde secundários, e hospitais-escola. A importância desta estrutura proposta na Grã-Bretanha foi fornecer:

(...) base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, os quais agora possuem níveis claramente definidos de atenção, cada um com um setor de atenção médica primária identificável (STARFIELD, 2004).

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, direcionada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica. Ele busca contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes. Está dividido em três componentes: o primeiro visa apoiar a conversão do modelo de Atenção Básica de Saúde, para superar a hegemonia do atendimento curativo-individual e priorizar a dimensão coletiva do cuidado; o segundo componente está voltado para o desenvolvimento de recursos humanos, e o terceiro componente para a implantação de monitoramento e avaliação da Estratégia de Saúde da Família em todo o Brasil (VIEIRA; GARNELO; HORTALE, 2010).

A grande expansão da ESF trouxe a necessidade de qualificação da atenção básica ofertada à população, tornando necessária a implementação de ferramentas que permitissem a avaliação da implantação da Estratégia de forma permanente, para melhorar os resultados para a população. Contudo apesar de pesquisas incentivadas pelo Ministério da Saúde para avaliações dos serviços de saúde para nortear a reorientação de programas na Atenção Básica, a avaliação da ESF desde a perspectiva dos usuários ainda é escassa e não estão disponíveis instrumentos de fácil aplicação para uso rotineiro (ALVES; AERTS, 2011; DAB, 2013).

No Brasil, os estudos de satisfação passam a ser mais difundidos na década de 1990, a partir da discussão do conceito de *accountability* (prestação de contas), juntamente com o fortalecimento da participação da comunidade nas decisões e planejamento. O conceito de satisfação se relaciona com o de responsividade, este último desenvolvido pela OMS e as diferenças pontuadas entre responsividade e satisfação dos pacientes estão centradas em três pontos: a) responsividade avalia o sistema de saúde como um todo e a satisfação dos pacientes concentra-se na interação dos cuidados clínicos; b) a responsividade está relacionada aos aspectos não médicos e a satisfação dos pacientes aos aspectos médicos e não médicos; e c) a responsividade avalia as percepções individuais e a satisfação dos pacientes representa uma mistura das necessidades percebidas com as expectativas individuais e a experiência do cuidado (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

A influência da satisfação na adesão ao tratamento é um processo que exige a construção de vínculos e das condições que possam consolidar uma boa relação paciente profissional/equipe de saúde. Com isso, para que a prevenção e diagnóstico sejam realizados, é fundamental que os serviços de saúde estejam preparados a orientar e fomentar a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir em 70% a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

No Brasil, em 1988, o Ministério da Saúde para controlar o câncer cérvico-uterino, adotou a norma da OMS a qual propõe realizar o exame citológico nas mulheres entre 25 e 60 anos, em um período de três em três anos após dois resultados negativos com intervalo anual, pois esse tipo de câncer representa o terceiro tipo mais comum na população feminina, representando 7,6% de todos os tumores malignos nas mulheres. Para que a prevenção e diagnóstico sejam realizados, é fundamental que os serviços de saúde estejam preparados a orientar e

fomentar a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir em 70% a mortalidade por câncer do colo uterino na população de risco (MAIA et al., 2011).

Sabe-se que dentro das prioridades pelo pacto pela vida, destacamos a "Saúde da Mulher", prioridade no contexto da gestão federal do sistema único de saúde e na atenção básica ocupando um espaço privilegiado, especialmente nas ações referentes à redução da mortalidade materna (BRASIL, 2011). Em Sergipe, dados do INCA (2013) revelam uma realidade distante da idealizada pelos programas de controle do câncer uterino. O montante de exames citológicos realizados no estado, considerando todas as regionais foi de 67.216 em 2011, e em 2012, somente 36.311 foram realizados.

Dada essa contextualização, observa-se a importância e sensibilidade dos gestores para determinar e formular uma rede de atenção que permita a população ter acessibilidade, integralidade e resolubilidade do problema, pois um bom funcionamento nessas redes permite a melhoria das condições de saúde da mulher através do êxito das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas. De acordo com o que foi proferido anteriormente, ao pensar em uma rede estruturada de modo ideal tem-se que para os municípios brasileiros garantir a existência de vagas disponíveis que permitam a realização do exame; em caso contrário, deve-se marcar uma data que seja conveniente para ela. Deve-se explicar à mulher a importância da realização do exame citopatológico para a manutenção de sua saúde, em que consiste o exame e tirar todas as dúvidas que esta manifeste (MAIA et al., 2011).

Quando os resultados dos exames citopatológicos chegam às unidades de saúde são analisados pelo profissional. Cada resultado implica uma conduta específica, de modo que: (a) se o resultado estiver dentro da normalidade, orientar seu retorno de acordo com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde (após 2 resultados negativos em anos consecutivos, um novo exame deve ser coletado a cada 3 anos); (b) se a amostra for insatisfatória, deve-se coletar imediatamente uma nova amostra; (c) nos resultados de ASCUS, AGUS ou compatível com HPV, a mulher deve ser encaminhada à colposcopia para continuação de sua investigação; (d) nos resultados de lesões intraepiteliais escamosas do colo uterino (HSIL), carcinoma invasor, adenocarcinoma *in situ*, adenocarcinoma invasor ou outras neoplasias malignas, a mulher deve ser

encaminhada para a realização da colposcopia, e cirurgia de alta frequência (CAF), com a finalidade de retirar tecido para realização de biópsia; (e) o município deverá ter laboratório para realização de exames citológicos e histopatológicos, devidamente munido de recursos humanos e materiais; evitando assim o transporte de material biológico; e (f) as farmácias das unidades de saúde devem ter um bom estoque de medicação para tratar as infecções primárias, evitando os agravos (MAIA et al., 2011).

Segundo Figo In: BORBA et al. (2010),

“[...] Não há mais nenhuma justificativa para negligenciar a violação dos direitos humanos das mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino - o direito ao mais alto padrão disponível de atenção à saúde e à qualidade de vida. O controle do câncer não previne apenas mortes e incapacidades, mas também cria melhores condições de saúde e de bem-estar das famílias pela preservação do suporte parental e econômico das mulheres, crianças, famílias e comunidades”

Uma avaliação do controle do câncer de colo uterino permite conhecer a entrada das usuárias no sistema de saúde, além do funcionamento da Atenção Básica, já que a maior parte de suas ações aí se concentram. Permite, ainda, conhecer suas relações com níveis de maior complexidade, possibilitando avaliar o desempenho de pontos chaves para o funcionamento do sistema, como a referência e contra-referência. A alta concentração de ações de controle do câncer de colo uterino na Atenção Básica contribui para fortalecer a ideia de que a doença, como condição marcadora, é capaz de ser utilizada como mecanismo de avaliação da Atenção Básica (STARFIELD, 2004).

O desenvolvimento do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) decorreu da importância dessa ferramenta como componente fundamental para organização das ações de rastreamento. O Siscolo foi implantado em 1999 por meio da Portaria SAS (sistema Ari de Sá) nº 408/99, como subsistema do SIA/SUS (sistema de informações ambulatoriais do SUS) para provisão de informações gerenciais sobre o rastreamento e faturamento do exame citopatológico. Em 2006, foi implantada a versão 4.0, (Portaria SAS nº 287/06), com um novo servidor de dados e adequação do sistema à nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas, adaptada de Bethesda 2001. O SISCOLO possui o módulo do prestador de serviço, instalado nos laboratórios de citologia e histopatologia, para registro dos laudos e o módulo de coordenação, instalado nos níveis de gestão municipal, regional e estadual, para o acompanhamento das

mulheres com alterações no exame citopatológico e emissão dos relatórios gerenciais do programa de controle do câncer do colo do útero (DIAS; TOMAZELLI; ASSIS, 2010).

Deve-se ressaltar que o intuito do PSF é atender às necessidades de saúde da população por meio de programas específicos, como o Programa de Atenção Integral, a Saúde da Mulher (PAISM), criado na década de 80, com o objetivo de atender a mulher em sua integralidade por todo ciclo vital, implementando ações de saúde que contribuam para a garantia dos seus direitos humanos e redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (SANTOS; MACÊDO; LEITE, 2010).

No plano nacional, o acompanhamento é feito pela Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica, do Instituto Nacional de Câncer, por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus). O Siscolo é um sistema relativamente recente e ainda pouco utilizado como ferramenta para avaliação do rastreamento do câncer cérvico-uterino. Entretanto, é o próprio uso do sistema pelas áreas que atuam de forma transversal no controle deste câncer, possibilitará sua progressiva qualificação e reforçará o compromisso com a melhoria dos resultados no contexto do cuidado (DIAS; TOMAZELLI; ASSIS, 2010).

3.2 Avaliação de Programas de Saúde

Segundo Minayo (2005), o conceito de “avaliação de programas” sintetiza em sua essência alguns aspectos, tais como emissão de juízo de valor sobre determinada intervenção; a avaliação deve ser incluída no planejamento das ações; seu papel é subsidiar a gestão, não visando castigar as pessoas atingidas ou envolvidas, mas sim melhorar seu desempenho. Avaliar um programa é, portanto, emitir um determinado valor às ações desenvolvidas durante o planejamento e intervenções, objetivando subsidiar decisões no processo de gestão.

No Brasil, as Estratégias de Saúde da Família são definidas para reorganizar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde. Essa manutenção necessita de esforço de toda equipe participativa desse processo e de diversas instituições em um esforço perseverante e contínuo nesse sentido. Essas estratégias de saúde da família visam à reorganização da atenção básica no país de acordo com os princípios gerais deste mesmo nível de atenção (BRASIL, 2011).

Com essa importante realização dos requisitos de saúde no Brasil, a Atenção Básica necessitava ser avaliada para que houvesse resultados satisfatórios de ações de saúde. Por essa necessidade e com o fortalecimento da atenção básica, fomentado nos últimos anos, expresso pela expansão da estratégia de saúde da família, tem-se exigido constantes esforços no sentido de dirigir ações, iniciativas e projetos ao aperfeiçoamento de sua qualidade. Nesse sentido, a avaliação demonstra ser um recurso indispensável na identificação dos horizontes a serem conquistados (BRASIL, 2008).

A caracterização da conduta avaliativa serve para, nesse processo, ampliarmos a visão sobre maiores ações de sucesso com as condições de saúde no Brasil, sem contar que o processo de avaliação é um instrumento e uma ferramenta importante para o monitoramento dos serviços prestados, nesse caso ao SUS. Essa intenção primordial de pactuação para demonstração de resultados foi primordial para nortear de forma coerente e articulada uma nova maneira de conduzir a gestão do SUS, na qual o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde passassem a ser incorporados à cultura dos serviços, fortalecendo a reorganização da atenção básica (BRASIL, 2008).

Segundo Castanheira et al (2009), considerando a ampliação do número de trabalhos brasileiros que avaliam a Atenção Básica, especialmente com foco nos serviços organizados segundo a estratégia de Saúde da Família, torna-se pertinente aprimorar mecanismos que permitam um acompanhamento sistemático da Atenção Básica, os quais possam caracterizar os diferentes modos de organização de serviços que se encontram em operação.

Há ainda que considerar o Ministério da Saúde com a necessidade de orientar esse processo de avaliação da Atenção Básica estabelecido na Portaria GM/MS 3925 de 13 de novembro de 1998 que é fundamental no processo de regulamentação da Atenção Básica quanto aos resultados alcançados e as ofertas de serviços financiados pelo Piso da Atenção Básica (PAB), como também estabelecer estratégias para acompanhamento e avaliação dos resultados dos pactos que serão formados entre os Estados e os Municípios, como aqueles entre Estados e o Ministério da Saúde, formalizados por meio de planilhas e metas (BRASIL, 1998).

No final da década de 80 é que se fortalece o discurso de que além da produção de novos conhecimentos sobre os sistemas e serviços de saúde faz-se

necessária maior integração entre conhecimento clínico, epidemiológico, planejamento e gestão. Tal pensamento surge como parte da preocupação com os custos e resultados da atenção à saúde. A avaliação de programas pode receber vários recortes tais como: avaliação de estruturas (recursos físicos, humanos, materiais, organização e funcionamento, equipamentos e tecnologias disponíveis), de processos (atividades dos provedores de intervenção) e de resultados (efeitos e produtos que as ações provocam) (NOVAES, 2004).

A avaliação de políticas e projetos pode perpassar todos os níveis do sistema de saúde e deve considerar alguns aspectos do serviço no processo avaliativo, tais como: acessibilidade; eficácia; qualidade técnico-científica; direcionalidade; avaliação do grau de implantação do processo e características relacionais entre os agentes das ações (NOVAES, 2004).

Segundo Starfield (2004), os quatro elementos estruturais da atenção primária são: acessibilidade; variedade de serviços; definição da população eletiva e continuidade. E, quanto aos elementos de desempenho dos serviços de saúde, cita-se a utilização dos serviços pela população e o reconhecimento de necessidades por profissionais de serviços de saúde. Além disso, devem ser considerados atributos, tais como: Primeiro contato: acessibilidade ao serviço a cada novo problema; Longitudinalidade: capacidade de identificar sua população eletiva; Integralidade: recepção de todo tipo de serviço de atenção à saúde e Integração: continuidade e reconhecimento de problemas.

Sugere-se como passo fundamental ao se avaliar um serviço a partir de uma condição, a construção de uma matriz apresentando o terreno a ser explorado que permita conhecer o funcionamento do serviço, o caminho a ser percorrido pelo usuário, identificação dos processos do cuidado prestado e os possíveis resultados. Esta técnica possibilita melhor visualizar todo o atendimento, facilitando, posteriormente, reconhecer os pontos falhos na atenção. Além dos registros em prontuários, dados rotineiramente produzidos pelos serviços de saúde, referentes à condição selecionada, podem contribuir para a avaliação (ALBUQUERQUE et al., 2009).

REFERÊNCIAS

- ALARCÓN-CERÓN, M. Modelo Integrador de Enfermería: uma estratégia para la Atención Primaria a la Salud. **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, 21(1): 35-40, 2013.
- ALBUQUERQUE, K. M.; FRIAS, P. G.; ANDRADE, C. L. T.; AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G.; SCWARCCWALD, C. L. Cobertura do Teste de Papanicolau e Fatores Associados à Não-realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer de colo do útero em Pernambuco. **Caderno de Saúde Pública**, 25(3): 301-309, 2009.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):319-325, 2011.

ANTICAGLIA, C. M.; SOUZA, P. R. K.; RAITZ, R. Conhecimento de Estudantes Universitários sobre HPV: sua relação com câncer de útero e métodos preventivos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 3(15): 34-37, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70: Lisboa, Portugal, LDA, 2009. 288p.

BENTO, P. A. S. S.; TELLES, A. C.; SUZARTE, C. T. S.; MORAES, L. E. O. O câncer do colo do útero como fantasma resistente a prevenção primária e detecção precoce. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, 2(2):776-786, 2010.

BORBA, P. C.; TEIXEIRA, J. C.; ROTELI-MARTINS, C. M.; CARVALHO, N. S.; NAUD, P. S. V.; NEVES, N. A. O que falta na luta contra o câncer de colo uterino?. **Diagnóstico e Tratamento**, 15(4):198-202, 2010.

BORSATTO, A. Z.; VIDAL, M. L. B.; ROCHAS, R. C. N. P. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero: subsídios para a Prática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 57(1): 67-74, 2011.

BOTTARI, C. M. de S. Câncer Cérvico-Uterino Como Condição Marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, 2007.

BRANDÃO, A. L. R.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1): 103-114, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3925 de 13 de Novembro de 1998. Secretaria Executiva.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Controle do Câncer do Colo Uterino: **Programa Nacional do Controle do Câncer do Colo Uterino**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2011. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil**, Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. Brasília, p.18,2008.

BRENNAN, S. M. F.; HARDY, E.; ZEFERINO, L. C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolau em mulheres com câncer de colo uterino. **Caderno de Saúde Pública**, 17(4):909-914, 2001.

CARVALHO, B. R.; QUINTANA, S. M.; DUARTE, G.; MELLI, P. P. S.; MARCOLIN, A. C.; BEITUNE, P.; KANAMURA, M. M. Tratamento do condiloma vulvar - Relato de caso. **Revista Médica de Minas Gerais**, 20 (2): 458-461, 2010.

CASTANHEIRA, E. R. L.; DALBEN, I.; ALMEIDA, I. D.; PUTTINI, R. F.; PATROCÍNIO, K. P.; MACHADO, D. F.; JÚNIOR, A. L. C.; NEMES, M. I. B. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. **Saúde e Sociedade**, 18(2): 56-60, 2009.

DAB - Departamento de Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. **Net**. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php> Acesso em 15/11/2013.

DIAS, M. B. K.; TOMAZELLI, J. G.; ASSIS, M. Rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil: análise de dados do Siscolo no período de 2002 a 2006. **Epidemiologia Serviço Saúde**, 19(3):293-306, 2010.

EDUARDO, K. G. T.; MOURA, E. R. F.; NOGUEIRA, P. S. F.; COSTA, C. B. J. S.; PINHEIRO, A. K. B.; SILVA, R. M. Conhecimento e Mudanças de Comportamento de Mulheres junto a Fatores de Risco para o Câncer de Colo Uterino. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 13(5):1045-1055, 2012.

FELICIANO, C.; CHRISTEN, K.; VELHO, M. B. Câncer de Colo Uterino: realização do exame colpocitológico e mecanismo que ampliam sua adesão. **Revista de Enfermagem**, 18(1):75-79, 2010.

GONÇALVES, M. C. **Fatores de Risco Associados às Lesões Precursoras de Câncer de Colo do Útero na Ilha de Santa Luzia** - Sergipe. Dissertação de Mestrado, Universidade Tiradentes - UNIT, 2008.

GONÇALVES, C. V.; SASSI, R. M.; NETTO, I. O.; CASTRO, N. B.; BORTOLOMEDI, A. P. Cobertura do Citopatológico do Colo Uterino em unidades Básicas de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 33(9):258-263, 2011.

GOMES, C. H. R.; SILVA, J. A. da; RIBEIRO, J. A.; PENNA, R. M. M. Câncer Cervicouterino: correlação entre diagnóstico e realização prévia de exame preventivo em serviço de referência no norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 58(1):41-45, 2012

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; AZEVEDO, G.; MENDONÇA, S. Risco de Câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 4(10): 227-234, 2005.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas>. Acesso em 01/09/2013.

JÁCOME, E. M.; SILVA, R. M.; GONÇALVES, M. L. C.; COLLARES, P. M. C.; BARBOSA, I. L. Detecção do Câncer de Mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família de Mossoró, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 57(2):189-198, 2011.

LIMA, C. A.; PALMEIRA, J. A. V.; CIPOLOTTI, R. Fatores Associados ao Câncer do Colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 22(10):2151-2156, 2006.

MAIA, A. A. A. M.; MELO, E. H.; SANTOS, J. C. V. dos; CARVALHO, L. C. R. de; SABORIDO, T. K. Cervical cancer: the organization and critical: analysis of the

network health care in Garanhuns-PE. **Journal Management Primary Health Care**, 2(2)30-35, 2011.

MEDEIROS, V. C. R. D.; MEDEIROS, R. C.; MORAES, L. M.; MENEZES FILHO, J. B. de; RAMOS, E. S. N.; SATURNINO, A. C. R. D. Câncer de Colo de Útero: análise epidemiológica e citopatológica no estado do Rio Grande do Norte. UFRN - Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas, **DACT**, 37(5): 227-231, 2005.
MOURA, A. D. A.; SILVA, S. M. G. da; FARIAS, L. M.; FEITOSA, A. R. Conhecimento e Motivações das Mulheres acerca do Exame de Papanicolau: subsídios para a prática de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 11(1): 94-104, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Conceito de avaliação por triangulação de métodos**. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NADAL, R. L. M.; NADAL, S. R. Indicações da Vacina contra o Papiloma Virus Humano. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, 28(1):124-126, 2008.

NAKAGAWA, J. T. T.; SCHIRMER, J.; BARBIERI, M. Vírus HPV e Câncer de Colo de Útero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 63(2): 307-11, 2010.

NASCIMENTO, A. P. da; SANTOS, L. de F.; CARNUT, L. Primary health care via family health strategy in Unified Health System: introduction to the problems inherent in the operation of their actions. **Journal Management Primary Health Care**, 2(1):18-24, 2011.

NICOLAU, S. M. **Papilomavírus Humano (HPV): diagnóstico e tratamento**. Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2002.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa sobre serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(2): 147-173, 2004.

PARADA, R.; ASSIS, M.; SILVA, R. C. F.; ABREU, M. F.; SILVA, M. A. F.; DIAS, M. B. K.; TOMAZELLI, J. G. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o Papel da Atenção Básica na Prevenção e Controle do Câncer. **Revista da Atenção Primária de Saúde**, 11 (2): 199-206, 2008.

PINHO, A. de A.; FRANÇA JÚNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 3(1): 95-112, 2003.

RAMOS, A. da S. R.; PALHA, P. F.; JÚNIOR, M. L. da C.; SANT'ANNA, S. C.; LENZA, N. de F. B.. Perfil de Mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um Núcleo de Saúde da Família, quanto à realização do exame preventivo de Papanicolau. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 14(2):170-4, 2006.

RODRIGUES, B. C.; CARNEIRO, A. C. M. de O.; SILVA, T. L. da; SOLÁ, A. C. N.; MANZI, N. de M.; SCHECHTMAN, N. P.; MAGALHÃES, H. L.; DYTZ, J. L. Educação em Saúde para a Prevenção do Câncer Cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 4(5): 149-154, 2012.

SANTOS, M. S.; MACÊDO, A. P. N.; LEITE, M. A. G. Percepção de Usuárias de uma Unidade de Saúde da Família Acerca da Prevenção do Câncer do Colo do Útero. **Revista da Atenção Primária de Saúde**, 13(3): 310-319, 2010.

SILVA, M. J. P. M. A.; GONÇALVES, A. K. S.; PONTES, A. C.; ANDRADE, C. F. A acurácia dos testes de Biologia molecular para HPV no diagnóstico de doença residual após tratamento das lesões intraepiteliais escamosas. **Femina**, 38(4): 15-18, 2010.

SOARES, M. C.; MISHIMA, S. M.; MEINCKE, S. M. K.; SIMINO, G. P. R.. Câncer de Colo Uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, 14(1): 90-96, 2010.

SOUSA, 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 da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 9(2):38-46, 2008.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. **Ministério da Saúde**, Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

TEIXEIRA, R. A.; VALENTE, J. G.; FRANÇA, E. B.. Mortalidade por câncer de colo do útero no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2004-2006: análise da magnitude e diferenciais regionais de óbitos corrigidos. **Epidemiologia Serviço Saúde**, 21(4):549-559, 2012.

VARELLA, D. Câncer de Colo de Útero. **Net**. Disponível em <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/cancer-de-colo-de-utero>> Acesso em 12/12/2013.

VIEIRA, J. M. R.; GARNELO, L.; HORTALE, V. A. Análise da Atenção Básica em Cinco Municípios da Amazônia Ocidental, com Ênfase no Programa de Saúde da Família. **Saúde Sociedade**, 19(4): 882-865, 2010.

4 CAPÍTULO II - MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Pesquisa multimétodo exploratória e descritiva, com abordagem quali-quantitativa.

4.2 Local e Período do Estudo

O estudo foi desenvolvido nas sedes das regionais de Saúde que são correspondentes aos Municípios - Sede das Regionais de Saúde do Estado: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora

da Glória e Propriá que prestam atendimento tanto à população do segmento urbano como rural.

Além disso, utilizou-se de registros do Sistema informatizado do Departamento de Informática do Instituto Nacional do Câncer (INCA) de todas as mulheres de 25 a 59 anos captadas nos municípios do Estado de Sergipe que foram alvo do exame papanicolau para detecção do câncer de colo uterino no biênio 2011/2012.

4.3 Amostra

A amostra ocorreu por conveniência sendo os sujeitos selecionados por critérios de interesse da pesquisa qualitativa. Seguiu-se uma metodologia, através de entrevista coletiva cuja finalidade foi reunir informações detalhadas sobre um tópico específico, que é sugerido pelo moderador, a partir de um grupo de participantes previamente selecionados. A técnica de grupo focal possibilitou a obtenção de dados de forma coletiva, complementar e consensual por meio de debates onde cada participante pôde expressar suas concepções, crenças, valores e atitudes sobre a temática. Sendo assim, após 4 visitas em cada regional, obteve-se uma amostra de 840 mulheres de 25 a 59 anos.

4.3.1 Critérios de inclusão das usuárias: foram selecionadas mulheres de 25 a 59 anos das regionais de Saúde do Estado que são correspondentes aos Municípios-Sede das regionais de Saúde do Estado: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória e Propriá que estiveram presentes no dia estabelecido pelas referidas unidades selecionadas nos Municípios alvo de aplicação do estudo de grupo focal, no segundo semestre do ano 2012 e primeiro semestre de 2013, e aceitaram participar da pesquisa, e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para tanto, a visita às mulheres daquelas Regionais acontecia quando do dia da realização do exame papanicolau e a técnica de grupo focal era aplicada no espaço reservado àquelas mulheres quando da espera para realização do exame ou enquanto o exame era executado pela profissional enfermeira daquela regional. Para esse fim, o agendamento prévio ocorria com aquela Secretaria e consequentemente com aquela profissional, para que, com previsão, a enfermeira

junto aos seus Agentes Comunitários de Saúde fizesse a captação do maior número de mulheres possível para que no dia estabelecido tivéssemos um quantitativo de pelo menos 30 mulheres por visita em cada Regional, o que ocorreu de fato.

4.3.2 Critérios de exclusão das usuárias: foram excluídas as pacientes que não se submeteram ao exame de Papanicolau por qualquer motivo em 2012.

Ao todo participaram do estudo 840 mulheres atendendo aos critérios acima descritos.

Houve em seguida também seleção de profissionais enfermeiros (as) para grupo focal, respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

4.3.3 Critérios de inclusão dos profissionais enfermeiros: foram incluídos na avaliação do grupo focal aqueles profissionais Enfermeiros (as) que estavam cadastrados no município alvo da aplicação da técnica de grupo focal e que estiveram presentes na unidade escolhida e que desejavam participar desse estudo.

4.3.4 Critérios de exclusão dos profissionais enfermeiros: não puderam fazer parte do estudo aquele profissional que não fazia parte do município e ou que não trabalhavam com a coleta de exame Papanicolau nas unidades, alvo da aplicação do grupo focal.

Foram ao todo 9 enfermeiras participantes das equipes das sedes das regionais de saúde incluídas no estudo.

4.4 Instrumento de Pesquisa

Para realização das entrevistas coletivas, foram utilizados dois tipos de roteiros de pesquisa elaborados pelo pesquisador. O primeiro estava direcionado às mulheres (APÊNDICE A) e o segundo aos profissionais enfermeiros (as) (APÊNDICE B).

Os roteiros foram elaborados com vistas a caracterização do sujeito (perfil sócio-epidemiológico) e conhecimentos empíricos e científicos destes sobre temas concernentes à importância do exame e da prevenção do câncer abordado, por meio de questões semiestruturadas, em um universo de 10 questões.

4.5 Coleta de Dados

4.5.1 Levantamento de Dados Secundários

Na primeira etapa foi realizado levantamento de dados secundários com base nos dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) com as mulheres de 25 a 59 anos no ano de 2011 a 2012 do Estado de Sergipe. Os indicadores utilizados como parâmetro são exclusivos do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero - SISCOLO, sistema implantado em 1999 por meio da Portaria SAS nº 408/99, como subsistema do SIA/SUS para provisão de informações gerenciais sobre o rastreamento e faturamento do exame citopatológico. O SiscoLO possui o módulo do prestador de serviço, instalado nos laboratórios de citologia e de histopatologia, para registro dos laudos e o módulo de coordenação, instalado nos níveis de gestão municipal, regional e estadual, para o acompanhamento das mulheres com alterações no exame citopatológico e emissão dos relatórios gerenciais do programa de controle do câncer do colo do útero (DIAS, TOMAZELLI, ASSIS, 2010).

4.5.2 Entrevistas coletivas com Técnica de Grupos Focais

Na segunda etapa foi aplicada a técnica de grupo focal às mulheres selecionadas conforme critérios descritos no item população do estudo. Nos municípios sede das Regionais de Saúde do Estado: Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória e Propriá.

A visita às mulheres acontecia quando do dia da realização do exame de Papanicolau. Para esse fim, o agendamento prévio ocorria com as secretarias de saúde correspondentes, para que, com previsão, a enfermeira junto aos seus Agentes Comunitários de Saúde fizessem a captação do maior número de mulheres possível para que no dia estabelecido houvesse um quantitativo de pelo menos 30 mulheres por visita em cada Regional, o que de fato ocorreu.

A realização dos grupos focais: As mulheres selecionadas foram reunidas no espaço reservado para educação e saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família. Utilizou-se um gravador para dar fidedignidade à coleta dos discursos dos sujeitos. Também, contou-se com a ajuda de um assistente, previamente orientado para a tarefa de auxiliar o coordenador na condução dos grupos.

As mulheres que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C), e em seguida, participaram do grupo focal de mulheres. Foram realizadas entrevistas coletivas com um quantitativo aleatório de mulheres, até que os dados se tornaram repetitivos, isto é, houve a

saturação de dados, que ocorre quando os termos e as categorias dos dados tornam-se repetitivos e redundantes, de forma que nenhuma informação nova possa ser trazida com a coleta de mais dados.

Em seguida os (as) profissionais enfermeiros (as) pertencentes às equipes correspondentes aos municípios incluídos no estudo participaram da técnica do grupo focal.

A finalidade de utilização da técnica de grupo focal foi reunir informações detalhadas sobre o tema do estudo, que foi sugerido pelo moderador, ao grupo de participantes previamente selecionado. A técnica de grupo focal possibilitou a obtenção de dados de forma coletiva, complementar e consensual por meio de debates onde cada participante pôde expressar suas concepções, crenças, valores e atitudes sobre a temática.

4.6 Análise dos Dados

Seguiram-se os critérios de delineamento de uma pesquisa quanti-qualitativa, utilizando para a análise dos dados qualitativos a técnica de análise de conteúdo, proporcionando ao pesquisador uma melhor compreensão das relações sociais em determinados espaços, de forma adequada à problemática exposta.

A referida técnica é um conjunto de análise de comunicação que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, com o objetivo de obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (SANTOS; MACÊDO; LEITE, 2010).

A partir dos dados obtidos foi realizada uma análise de conteúdo avaliando todas as informações colhidas através do roteiro de entrevista, que segundo Bardin (2009), se aplica a discursos extremamente diversificados, além de ser marcado por uma grande disparidade de formas adaptáveis ao campo das comunicações.

Após escuta exaustiva das entrevistas, os dados foram agrupados em categorias: acesso e dificuldades para realização e resultados do exame papanicolau; técnicas para captação de público-alvo; estrutura para encaminhamento e tratamento; abrangência da secretaria de saúde quanto às ações preventivas do câncer de colo uterino; orientações ao público-alvo quanto à

prevenção do câncer de colo uterino; aspectos comportamentais que influenciam no microambiente das usuárias, e analisados considerando seu conteúdo.

A análise quantitativa dos dados da primeira etapa da pesquisa foi realizada através de distribuição de frequência em números absolutos dos exames citológicos do colo uterino de mulheres na faixa de 25 a 59 anos e, posteriormente ajuste populacional pelo número de habitantes de cada município pesquisado multiplicado por cem. Foi aplicado o teste qui-quadrado com 95% de confiança ($p < 0,05$) para verificar se haveria diferença da proporção do número de exames citológicos de colo uterino ajustado por habitantes dentro de cada regional de acordo com os anos estudados (2011-2012). Os dados foram analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS (versão 16.0).

4.7 Aspectos Éticos

Para atender às exigências éticas e científicas fundamentais, todos os sujeitos foram esclarecidos, anteriormente, sobre os passos a que seriam submetidos, garantindo-lhes o anonimato e a possibilidade de se retirar da pesquisa em qualquer etapa de sua realização, sem nenhum dano ou punição. A pesquisa não ocasionou constrangimentos ou riscos físicos às mulheres e profissionais em estudo, sendo preservadas suas identidades, a integridade e o sigilo dos dados.

Na realização desse estudo foram observados os pressupostos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Tiradentes para fins de apreciação e parecer, protocolo nº 010612R (ANEXO A).

5 CAPÍTULO III - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo será apresentado um artigo que foi submetido para publicação em periódico na área interdisciplinar conforme plataforma *qualis*, com o objetivo de contribuir para cada área acadêmica e objeto do estudo.

5.1 ARTIGO 1 - AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO ESTADO DE SERGIPE

André Luiz de Jesus Morais^{*}
Cristiane Costa da Cunha Oliveira^{**}
Marlizete Maldonado Vargas^{***}
Marco Antonio Prado Nunes^{****}

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a qualidade da atenção básica quanto às ações de prevenção do câncer de colo do útero no estado de Sergipe. Tratou-se de uma pesquisa com abordagem quali-quantitativa, realizada com usuárias (N=840) e enfermeiras (N=9) nas sedes das regionais de saúde deste estado. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e registros do sistema informatizado do INCA de todas as mulheres de 25 a 59 anos captadas que realizaram o exame papanicolau. A técnica de grupo focal foi aplicada às mulheres selecionadas, reunidas no espaço reservado para educação e saúde. Os resultados

revelam que houve diminuição no número de exames realizados no estado em 2012 (36.311) em relação a 2011 (67.216); sendo a Regional Propriá a que se destacou nesse particular ($p=0,004$). A análise qualitativa demonstrou discordâncias entre os relatos das usuárias e enfermeiras quanto ao acesso e dificuldades na realização do exame e técnicas de captação de público-alvo. No entanto, houve concordância quanto ao conhecimento sobre aspectos comportamentais, e principalmente nas dificuldades de encaminhamento e condições de tratamento dos casos detectados. Torna-se necessário um profundo repensar por parte da equipe e, especialmente dos gestores, tendo como base os princípios que regem o conceito da atenção básica em saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica. Prevenção de Colo Uterino. Câncer de Colo do Útero.

Trabalho financiado pelos próprios pesquisadores, sem publicação anterior em congressos ou revistas científicas.

* Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente - Universidade Tiradentes. E-mail: enfermeiro.andre@hotmail.com.

** Odontóloga. Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Departamento e Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes. E-mail: criscunhaoliva@yahoo.com.br

*** Psicóloga. Doutora em Psicologia. Professora do Departamento e Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes. E-mail: marlizete_maldonado@unit.br

**** Médico. Doutor em Medicina. Professor Adjunto do Curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - UFS. E-mail: manpn@ig.com.br

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, apresentando altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de nível social e econômico baixo. Um marco histórico importante no diagnóstico do câncer de colo uterino foi o estudo de Papanicolaou & Traut (1943), que mostrou ser possível detectar células neoplásicas mediante o esfregaço de material vaginal. Assim, o exame de Papanicolaou passou a ser utilizado por diversos países para o rastreamento populacional, na detecção precoce do câncer de colo uterino^{1,2}. No entanto, países com limitados recursos como o Brasil, não têm expandido satisfatoriamente o rastreamento para o câncer de colo uterino. Segundo o

Instituto Nacional do Câncer, este câncer representa a segunda causa de mortalidade bruta entre as neoplasias malignas para a população feminina¹.

Nesse contexto, a saúde mundial tem sido discutida no sentido de que ela possa ser atingida por todos³. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Oncológica, com a efetivação da Atenção Básica foi proposta como estratégia de reorganização do modelo assistencial, que depende de sua transformação num nível de atenção de alta resolubilidade, qualidade e capacidade de integração com os demais níveis do sistema^{4,5}.

Em busca dessa estruturação, a fim de realizar a detecção precoce do câncer de colo uterino e otimizar o atendimento em casos de alteração, o Ministério da Saúde atribuiu responsabilidades para cada nível de atenção. O nível primário realiza o exame clínico ginecológico, coleta de material para o exame citopatológico e presta informações sobre promoção da saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce. O nível secundário realiza o diagnóstico e/ou tratamento de uma lesão detectada por meio de colposcopia e da cirurgia de alta frequência (CAF), quando indicada. Por fim, o nível terciário/quaternário realiza o tratamento de lesões cirúrgicas que não podem ser tratadas no nível secundário^{4,6}.

A produção de conhecimentos voltados para o foco avaliativo ainda não é tão expressiva no Brasil. Devido a tal panorama e a crescente necessidade da avaliação dos serviços, impõe-se a produção cada vez maior de estudos sobre avaliação nas unidades assistenciais e esferas gestoras, que podem contribuir para a reorganização dos serviços além de ser uma ferramenta de participação popular⁷.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou realizar uma análise da rede de atenção à saúde no que se refere ao câncer de colo de útero, e de modo mais específico, procurou-se identificar fragilidades e potencialidades da rede de atenção à saúde da mulher, em termos de prevenção e tratamento desta neoplasia.

METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo exploratória e descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvida nas sedes das regionais de saúde do estado de Sergipe. Utilizou-se também, registros do departamento de informática do Instituto Nacional do Câncer (INCA) de todas as mulheres de 25 a 59 anos captadas nos municípios do estado de Sergipe que foram alvo do exame Papanicolau para detecção do câncer de colo uterino no biênio 2011/2012; além de relatos obtidos através de entrevistas semiestruturadas aplicadas às usuárias e enfermeiras integrantes da estratégia de saúde da família.

A técnica de grupo focal possibilitou a obtenção de dados de forma coletiva e consensual por meio de debates onde cada participante pôde expressar suas concepções, crenças e atitudes sobre a temática. Sendo assim, após 4 visitas em cada regional, obteve-se uma amostra de 840 mulheres de 25 a 59 anos.

Após escuta das entrevistas, os dados foram agrupados em categorias: acesso e dificuldades para realização e resultados do exame Papanicolau; técnicas para captação de público-alvo; estrutura para encaminhamento e tratamento; aspectos comportamentais que influenciam no microambiente vaginal das usuárias, sendo estes analisados considerando seu conteúdo.

A análise quantitativa dos dados da primeira etapa da pesquisa foi realizada através de distribuição de frequência em números absolutos dos exames citológicos do colo uterino de mulheres na faixa de 25 a 59 anos e, posteriormente ajuste populacional pelo número de habitantes de cada município pesquisado multiplicado por cem. Foi aplicado o teste qui-quadrado com 95% de confiança ($p < 0,05$) para verificar se haveria diferença da proporção do número de exames citológicos de colo uterino ajustado por habitantes dentro de cada regional de acordo com os anos estudados (2011-2012). Os dados foram analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences - SPSS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 840 usuárias, entre 25 e 59 anos, sendo 120 em cada regional do estado de Sergipe, além de 09 enfermeiras. O Quadro 01 mostra opiniões distintas quanto à variável acesso e dificuldades para realização e resultados do exame de Papanicolau.

Quadro 01: Relatos das entrevistas sobre acesso e dificuldades na realização do exame e entrega de resultados nas sete regionais de Sergipe em 2012 e 2013.

Conteúdos mais frequentes	Enfermeiras n (%)	Usuárias n (%)
Sem problemas com infraestrutura e insumos	4 (44%)	176 (21%)
Carência de insumos, problemas com infraestrutura	2 (22%)	71 (8,5%)
Dificuldade na realização do exame com profissional do sexo masculino	2 (22%)	92 (11%)
Desmotivação, vergonha ou medo	—	46 (5,5%)
Demora para entrega de resultados	1 (11%)	184 (22%)

Segundo Castanhera et al. (2009)⁵ em seu estudo, as instalações das Unidades Básicas de Saúde, de um modo geral não são adequadas em sua maioria; faltam salas em número suficiente para atividades rotineiras, o espaço físico não é adequado à demanda, faltam banheiros adequados, não há quantidade suficiente de cadeiras, além disso a ventilação não é adequada; o que corrobora com opiniões de algumas enfermeiras/usuárias nesta pesquisa:

[...] nos últimos 6 meses anda faltando material demais, a infraestrutura não é boa, a unidade é improvisada, sem ar, a maca é ruim e pode até causar queda à paciente [...] (Enf₁).

[...] temos impedimentos como equipe reduzida, e às vezes faltam insumos [...] (Enf₅).

A oferta de serviços, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o

sistema são características da oferta que afetam o acesso que é refletido principalmente na obtenção das consultas e nos serviços de apoio e diagnóstico terapêutico⁸.

Para ampliar o acesso da mulher a estes serviços, estratégias como atendimento sem necessidade de agendamento prévio, horários alternativos (noturno ou fim de semana), busca ativa das mulheres na faixa etária do programa, principalmente as que nunca realizaram exame colpocitológico na vida, devem ser avaliadas e implementadas. Entretanto, o desafio é efetivar o rastreamento populacional com alcance de pelo menos 80% da população-alvo, uma condição capaz de ter impacto na redução da morbi-mortalidade⁹.

No presente estudo, segundo a opinião de 4 (44%) enfermeiras, os serviços das Unidades Básicas de Saúde encontram-se adequados, no que se referem às instalações, insumos ou recursos humanos conforme falas a seguir:

[...] não temos problemas com instalações, que são muito boas e a estrutura é apropriada [...] (Enf⁵s_{3,4}).

[...] sem problemas com material nem com agentes comunitários[...] (Enf₆).

Entretanto, para Eduardo et al. (2012)¹⁰, obstáculos são observados em seus estudos, durante o atendimento à mulher, que dificultam a manutenção da privacidade da cliente como: ausência de banheiro dentro do consultório; portas de consultórios sem fechaduras; e consultórios adaptados com divisórias improvisadas que permitem a escuta do diálogo que se estabelece na consulta, entre o profissional e a cliente. Portanto, infraestrutura adequada é condição necessária para a qualidade do serviço.

Em relação a sentimentos como vergonha, medo do exame ou objeção do companheiro que estão diretamente relacionados à procura pelo exame de Papanicolau nas Unidades Básicas de Saúde, percebeu-se, neste estudo que o sentimento de vergonha teve maior impacto se o exame fosse realizado por profissional do sexo masculino, o que pode ser explicado por uma possível conotação de cumplicidade entre seres assemelhados, portadores

de uma mesma anatomia e talvez com as mesmas vivências de ocultamentos do corpo e de quem se pode esperar compreensão. Estes sentimentos negativos foram exacerbados em narrações de 138 (15,5%) usuárias:

[...] se for um enfermeiro aí o bicho pega; meu marido não deixa [...] (JTH).

[...] minha filha não faz com enfermeiro porque ela foi e o marido bateu nela [...] (VJN).

A desmotivação e as insatisfações com relação ao tempo de espera para consulta e entrega dos resultados foram fatores citados pelas usuárias.

[...] demora demais a entrega do resultado, tem exame que nunca chegou, é sempre a mesma conversa que não chegou [...] (MAH).

[...] esse agendamento pode durar meses; acho muito difícil fazer o exame; tô indo mostrar o resultados hoje, depois de 3 meses [...] (MTM).

[...] é muito difícil, a gente marca o exame e só depois de um tempão é que vai fazer [...] (NJU).

Vale ressaltar que a oferta de serviços, a disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, além da informação são características da oferta que afetam o acesso aos serviços públicos de saúde⁸.

Conforme Quadro 02, houve diversidade de opiniões quanto à variável técnica para captação de público-alvo e avaliação do atendimento.

Quadro 02: Relatos das entrevistas sobre as técnicas de captação de público-alvo e dificuldades na realização do exame e entrega de resultados nas sete regionais de Sergipe em 2012 e 2013.

Conteúdos mais frequentes	Enfermeiras n (%)	Usuárias n(%)
Realização de mutirão e busca ativa com agentes comunitários	7 (78%)	—
Motivação com brindes para usuárias e folgas para agentes com melhor desempenho	3 (33%)	—
Dificuldade com folders, instrumentos audiovisuais	2 (22%)	—
Palestras e panfletos	1 (11%)	23 (3%)
Atendimento e orientações satisfatórias	2 (22%)	88 (10%)

Não tem atividades motivadoras	—	59 (7%)
Insatisfação com atendimento	—	92 (11%)

Em seus relatos, 7 (78%) das enfermeiras afirmaram executar procedimentos, como mutirão com busca ativa das usuárias através de agentes comunitários de saúde; além de oferta de brindes e estímulos aos profissionais com melhor desempenho.

[...] fizemos um mutirão nos últimos 3 meses, fazendo sorteio de brindes para estimular a realização do exame [...] (Enf_{1,2}).

[...] os nossos agentes de saúde fazem busca ativa, damos premiação aos agentes que capturem maior número de mulheres [...] (Enf₄).

Além disso, as enfermeiras também relataram suas dificuldades para execução de captura, bem como afirmaram não ser frequente tais ações, conforme segue:

[...] vai no boca a boca mesmo pois temos falta de folders, essa parte de audiovisual é muito difícil [...] (Enf₃).

[...] fazemos busca ativa quando a demanda está baixa, não é feita sempre [...] (Enf₆).

Algumas dificuldades foram evidenciadas pelas profissionais, o que pareceu ser relacionado à falta de interesse dos gestores em investirem em insumos no particular relacionado à divulgação e captação das usuárias na política de prevenção do câncer do colo uterino.

Um dos maiores problemas observados é que jovens procuram realizar o exame de Papanicolau só alguns anos depois de iniciada a atividade sexual, e após uma variada troca de parceiros. Nas mulheres maduras, a procura decresce com a idade, isto é, quanto mais velhas, menos procuram realizar o exame, fazendo com que essa clientela torne-se um grupo de risco para o câncer de colo uterino¹¹.

Entretanto, apesar da eficácia do Papanicolau, a cobertura deste exame na população feminina brasileira é ainda baixa. A OMS estabelece, como necessária, uma cobertura de 80% a 85% da população feminina para obtenção de impacto epidemiológico na frequência e distribuição do câncer cérvico-uterino⁷.

Neste estudo, a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e dinâmica do processo de trabalho, e ainda a importância da análise de aspectos geográficos e socioeconômicos foi evidenciada nas diferentes falas com relação às orientações e serviços prestados:

[...] a enfermeira faz sempre palestra; existe até panfletinhos que dão pra nós; olhe eu não fico com dívida não [...] (ADF).

[...] aqui não tem nada; só o exame mesmo [...] (JUN).

[...] a gente vem várias vezes e não tem vaga; a gente vai e volta; não tem atividade nenhuma; a gente marca e depois vem fazer [...] (PTG).

[...] meu fio, moro muito longe, não vim pra cá todo dia não [...] (MJA).

[...] eu acho bom, chego e sou atendida; são dois dias na semana; tem sempre palestras [...] (MJS).

[...] não distribuem nada [...] (GSS).

[...] não tenho como deixar meus filhos sozinhos não, pra vim fazer exame [...] (FAS).

Possivelmente o que mais demonstrou causar insatisfação nas usuárias foi a ocorrência de que estas vão muitas vezes em busca de informações, ações, exames e consultas e, dessa forma, com as negativas dessa busca necessária a dinâmica; o serviço de saúde cai no descrédito, pois essas mulheres têm seus anseios não atendidos, na maioria das vezes.

Lamentavelmente, países com limitados recursos não têm expandido satisfatoriamente os serviços de rastreamento populacional para o câncer de colo uterino, sendo proposto realizar exames citológicos com maior intervalo entre os controles e nos grupos etários de maior risco, visando otimizar os recursos disponíveis¹.

Importante é o papel de profissionais da estratégia saúde da família, por estarem mais próximos dos contextos familiares e coletivos, em desenvolver relações de vínculo com as pessoas, construindo assim relações de confiança para discutir as representações sociais/individuais/culturais sobre a sexualidade, seja ela feminina ou masculina, e a importância de prevenção contra o câncer do colo uterino¹¹.

Quando houve abordagem quanto à necessidade de encaminhamento e tratamento de casos detectados nas sete regionais de Sergipe foram encontrados alguns relatos interessantes das usuárias e das profissionais, conforme Quadro 3.

Quadro 03: Relatos das entrevistas sobre o encaminhamento e tratamento de casos detectados nas sete Regionais de Sergipe em 2012 e 2013.

Conteúdos mais frequentes	Enfermeiras n (%)	Usuárias n (%)
Sem problemas com encaminhamentos	4 (44%)	88 (10%)
Dificuldade com agendamento (internet) ou demora do resultado anterior para marcação	8 (89%)	176 (21%)
Indisponibilidade de médico (ginecologista)	2 (22%)	—
Dificuldade financeira das usuárias	3 (33%)	42 (5%)
Diminuição do número de retorno das usuárias	1 (11%)	—

No Quadro 03, dentre as 840 usuárias, entre 25 e 59 anos entrevistadas, 176 relataram dificuldades na marcação de exames através do sistema de internet, além de 8 enfermeiras, sendo evidenciadas nas falas a seguir:

[...] o encaminhamento para Aracaju é imediato para o CAISM, mas temos problemas com a colposcopia que é marcada por internet e há demora [...] (Enf_{1,2}).

[...] quando vejo que há necessidade de uma colposcopia, digo pra a mulher faça particular que é melhor [...] (Enf₇).

[...] eu tive pólipos; eu tive inflamação; eu tive feridinha; eu tive que arrancar o útero; eu tive coceira muito forte e aqui é fácil de resolver, mas se for pra marcar pela internet a gente morre a não marca [...] (AFT; GTH; MSD; HTG; LOP).

Investir na diminuição de novos casos e garantir melhor qualidade de vida às mulheres acometidas pelo agravo. Para que isto ocorra é de fundamental valor que os profissionais de saúde observem e atendam as mulheres dentro de uma lógica que traga como marco referencial a integralidade, entendida como um vínculo que deve ser estabelecido entre as mulheres usuárias do sistema e os profissionais de saúde, com respeito à individualidade e atendimento às necessidades específicas dessas mulheres em seus diferentes contextos de vida. Tal conceito não pôde ser percebido nesse estudo, conforme relatos de insatisfação dos serviços:

[...] complicado, tem que ir pra internet aí começa a dor de cabeça; marcam pra um lugar tão distante; no Centro de Referência é melhor; tem gente que morre e não faz [...] (FTR).

[...] tudo depende da internet, quando não tem vaga a gente fica sem fazer, fica na fila, dorme e não consegue [...] (MCF).

Ainda nas regionais, houve dissensos entre as profissionais enfermeiras com relação às dificuldades de encaminhamento para realização de exames especializados, conforme relatos abaixo:

[...] temos um referência boa, não precisa mandar pra Aracaju, mas o número de vagas disponíveis não é o suficiente para a demanda [...] (Enf₄).

[...] é prejudicada pela demanda grande, essa contra referência ocorre muito raramente [...] (Enf₅).

As ações de cuidados podem e devem ser inseridas em todos os níveis a indivíduos e famílias que vivenciam o início da doença, através de orientação, encaminhamento e suporte

adequado. Os profissionais da atenção básica têm papel relevante no acompanhamento tanto de indivíduos sob tratamento através do controle das reações adversas do tratamento. Nesse estudo houve limitações das enfermeiras, em relação a esta conduta:

[...] os tratamentos são agilizados, agora os exames complementares demoram, pois o pessoal fala que não tem vaga na internet, têm que se deslocar pra outro bairro e então desistem no meio do caminho [...] (Enf₃).

A prevenção através de educação em saúde, detecção através da colpocitologia, bem como encaminhamento para tratamento em níveis de maior complexidade é de responsabilidade da Atenção Básica, que mesmo após a cura, ainda permanece responsável pelo acompanhamento das usuárias, mantendo as ações de sua competência, e assim prevenindo recidivas. No relato abaixo, conforme este estudo, esta condição não pôde ser evidenciada:

[...] como vou me tratar, se não tem vaga, é capaz da doença piorar desse jeito...fazer o que, né [...] (OFS).

Os relatos das usuárias entrevistadas, entre 25 e 59 anos, além de 09 enfermeiras quanto à variável conhecimento sobre aspectos comportamentais que influenciam o microambiente vaginal e sua relação com lesões de colo uterino estão dispostos no Quadro 04. Sabe-se que durante uma consulta de enfermagem ginecológica, o enfermeiro atua nas ações de controle do câncer, identificando aspectos da história de vida e saúde da mulher, fazendo orientações sobre as doenças sexualmente transmissíveis.

Quadro 04: Relatos das entrevistas sobre o conhecimento sobre os aspectos comportamentais que influenciam o microambiente vaginal e sua relação com lesões do colo uterino nas sete Regionais de Sergipe em 2012 e 2013.

Conteúdos mais frequentes	Enfermeiras n (%)	Usuárias n (%)
Uso de roupas íntimas inadequadas	7 (78%)	101 (12%)
Procura do serviço somente após o aparecimento de corrimento, prurido ou ardor	5 (55%)	67 (8%)

Higienização ou uso de roupas inadequadas (jeans)	—	84 (10%)
Associação de sintomas com infidelidade do parceiro	—	42 (5%)
Uso de produto inadequado ou anticoncepcional	—	46 (5,5%)

Adicionalmente, o enfermeiro organiza atividades educativas sobre o procedimento e sua importância, garantindo assim que as mulheres compreendam o porquê do exame, bem como sua importância. Tais aspectos podem ser evidenciados nos relatos abaixo:

[...] é muito importante pra gente saber das doenças e saber sobre as coisas do câncer [...] (JHT).

[...] aqui é ótimo, a enfermeira sempre orienta a gente, eu gosto muito [...] (ZDE).

[...] é bom saber, pois quando a gente tem um filho a gente fica mais preocupada com a saúde [...] (FTR).

Numa pesquisa, entre 138 mulheres, quase dois terços das mulheres com câncer invasivo (63%) tinham conhecimento inadequado sobre o exame de Papanicolau. A maioria (81%) tinha atitude inadequada em relação à necessidade de fazê-lo e 56% praticavam-no de forma inadequada¹.

Segundo Moura et al. (2010)¹¹, em seu estudo, constatou que 10 mulheres, numa amostra total de 141 entrevistadas, não souberam responder absolutamente nada a respeito do exame Papanicolau. Tal fato mostra a necessidade de esclarecimento sistemático sobre o exame, pois se acredita que o desconhecimento contribui para aumentar a falta de aderência ao mesmo.

O câncer do colo uterino é uma doença de evolução lenta, levando, em média, quatorze anos para sua evolução total. Inicia-se com alterações mínimas nas células, denominadas displasia e, se não forem tratadas, evoluem¹². Vale ressaltar que nem sempre há um conhecimento científico sobre a doença e as ideias estão focadas em conhecimentos populares; isso pode ocorrer devido à falta de orientações teóricas repassadas pelos

profissionais da unidade de saúde. Na presente pesquisa podemos evidenciar informações sem muito aprofundamento nos discursos abaixo:

[...] orientamos sobre roupas, evitar o jeans, higiene, evitar duchas [...] (Enf₁).

[...] explicamos sobre absorventes, sobre lavar calcinha com sabão de coco, uso de camisinha [...] (Enf₇).

Outras intervenções de saúde como a redução de parceiros sexuais ou abstinência, início da vida sexual mais tardio e, estratégias de negociação de sexo seguro têm sido recomendadas como abordagens de prevenção. Além disso, estudos revelam que 50% das mulheres só vão à consulta médica quando apresentam algum agravo à sua saúde, pois têm o entendimento de que procurar a Unidade Básica de Saúde é sinal de estar doente; nota-se também que 70% das mulheres não consideram a importância de atitudes preventivas para o cuidado à saúde e melhoria da qualidade de vida^{13,8}.

Observam-se na presente pesquisa, relatos de conscientização sobre a necessidade de diagnóstico precoce:

[...] a gente tem que fazer o exame sim, porque a gente pensa que não tem nada e tem uma doença ruim lá por dentro [...] (FRT).

[...] tem gente que não vai fazer e quando descobre não tem mais jeito com a doença [...] (ASD).

Portanto, a equipe de saúde deve orientar e motivar suas clientes à realização do exame de papanicolau, principalmente se não estiverem apresentando sinais e sintomas, pois este exame é destinado à detecção precoce do câncer de colo uterino, podendo ser dificultado por presença de secreção abundante, eritema, edema, prurido, dor local, dentre outros. De acordo com o Ministério da Saúde, os sinais e sintomas de algum processo inflamatório devem ser imediatamente tratados, e posteriormente, a mulher deve se submeter ao exame de Papanicolau¹¹.

Quando analisamos os fatores de risco para alteração do microambiente vaginal e possível desenvolvimento de um câncer de colo uterino, tais fatores de risco como início precoce da atividade sexual, baixa condição socioeconômica, infecção pelo HPV, multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo, uso contínuo de roupas inadequadas (tecidos quentes), multiparidade, baixa ingestão de vitaminas, higiene íntima inadequada, uso prolongado de contraceptivos orais e coinfeção por agentes infecciosos, como o HIV e *Chlamydia trachomatis* tem-se que se considerar a íntima relação com as condições econômicas, sociais e culturais das mulheres^{14,15}.

No presente estudo foram observadas falas sobre os aspectos referidos acima:

[...] tem uns produtozinhos que fica sim irritados, papel higiênico, alguns estojos de barbeador também, eu gosto de sabão de coco [...] (LOP)

[...] olhe quando a gente muda de parceiro, a gente já sente a mudança [...] (FRT).

[...] na verdade eu acho que é através do parceiro, ele deve ter pegado alguma bactéria aí passa pra gente [...] (MJS).

[...] a calça jeans, é porque as bactérias estão ali presa; a calcinha mal lavada; óleo de banho também [...] (DTG).

[...] vim para o médico porque tava com coceira, quando acontece isso eu imagino logo que é meu marido ou é alguma coisa que eu esteja usando; calça jeans me causa isso [...] (JTG).

[...] isso deve acontecer por causa do remédio de evitar; falta de higiene; mistura de doença de lá e doença de cá, vai dando choque lá dentro [...] (AQH).

Para Rodrigues et al. (2012)¹⁴ percebe-se que, em muitos casos, a falha no diagnóstico precoce encontra explicação no conhecimento inadequado da população sobre a doença e sua condição assintomática, bem como sobre a importância do exame e possibilidade de tratamento precoce.

A Tabela 05 demonstra o quantitativo de exames citológicos realizados em todas as Regionais do Estado de Sergipe, sendo 67.216 procedimentos realizados no ano de 2011 e 36.311 em 2012. Observou-se que em todas as regionais a população em geral de mulheres de 25 a 59 anos flutuou em valores absolutos próximos nos anos 2011 e 2012; o que não foi

observado, em contrapartida, no valor absoluto de mulheres captadas para realização do exame no mesmo período e mesma faixa etária.

Dentre as Regionais que apresentou maior redução significativa ajustada no número de exames citológicos por cem habitantes realizados de um ano para o outro, destacou-se Regional de Propriá com 6.218 exames em 2011 e 2.972 em 2012 (p 0,044).

Tabela 01: Razão entre quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres de 25 a 59 anos nas regionais de Sergipe (2011/2012).

Regional	Quantidade de exame citológico em mulheres de 25 a 59 anos		População geral de mulheres de 25 a 59 anos		Razão ajustada dos exames em 100 habitantes		Valor p
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
Regional 1 Glória	3824	2806	31625	33951	0,12	0,08	0,373
Regional 2 Socorro	10490	5663	71516	72353	0,14	0,07	0,131
Regional 3 Propriá	6218	2972	30691	30127	0,20	0,09	0,044
Regional 4 Itabaiana	5645	3999	52498	52885	0,10	0,07	0,445
Regional 5 Aracaju	20172	9590	199028	201789	0,10	0,04	0,116
Regional 6 Lagarto	10303	5181	54878	55220	0,18	0,09	0,087
Regional 7 Estância	10564	6100	48714	48991	0,21	0,12	0,121
TOTAL	67.216	36.311	488950	495316			

^a Teste Qui-quadrado

Fonte: INCA (2013)

É conhecimento consolidado que o principal fator que limita a detecção do câncer do colo uterino é a baixa cobertura, em geral devido à falta de regularidade na coleta do exame.

Nesse estudo, as dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde na busca ativa pelo público-alvo devido a vários fatores, dentre os quais se destacam a precária estrutura física dos postos, falta de insumos, falta de material de apoio para divulgação e dificuldades com encaminhamentos e agendamentos pela internet.

Para Albuquerque et al. (2009)⁷ cobertura é um termo bem definido e frequentemente descrito como a proporção da população alvo que se beneficia de determinada intervenção. Há uma distinção entre cobertura potencial e cobertura real, onde a primeira revela as possibilidades da oferta, enquanto a segunda, corresponde à proporção da população que efetivamente se beneficiou de determinada intervenção. No presente estudo, a característica cobertura real foi avaliada pela utilização do serviço de prevenção do câncer do colo uterino, analisado pela proporção de mulheres de 25-59 anos que realizaram o exame de Papanicolau no período entre 2011 e 2012 em todas as regionais do estado.

Atualmente, os programas de rastreamento são a abordagem mais eficaz para o controle do câncer de colo uterino; independente do nível de incidência da doença, os países que implantaram programas de rastreamento reduziram os casos novos para taxas mais baixas, de cerca de 10 casos por 100 mil mulheres/ano¹⁶.

No Brasil, os últimos dados divulgados pelo Ministério da Saúde demonstram as disparidades de cobertura do exame de Papanicolau entre as capitais do país. As taxas variam de 69,3% a 95,6% entre as mulheres de 25 a 59 anos que realizaram a citologia oncológica alguma vez na vida e nos últimos três anos¹⁷.

Além disso, segundo Moura et al (2010)¹¹ deve-se enfatizar a importância da Educação em Saúde como meio de controle do câncer ginecológico, pois a própria legislação enfatiza o papel do enfermeiro nesse contexto que possui papel de grande importância no exame de papanicolau, podendo atuar em ações educativas, conscientizando as mulheres quanto à importância do exame além de outras informações.

Sabe-se que um rastreamento efetivo consegue reduzir a incidência de formas invasoras em até 91%. A ocorrência de grande número de casos em estadiamento avançado torna-se compreensível, uma vez que mais da metade de pacientes com diagnóstico de câncer de colo uterino relatam nunca ter realizado o exame de prevenção anteriormente e procuram assistência apenas a partir do surgimento de sintomas específicos, que são via de regra indicativos de doença avançada. Dados do INCA obtidos a partir de registros hospitalares de câncer apontam para taxas de detecção em estágios avançados que chegam a 50%¹⁸.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, com uma cobertura da população alvo em torno de 80% a 100% pelo exame de papanicolau e uma rede organizada para diagnóstico e tratamento adequado, é possível reduzir em média 60% a 90% o câncer invasivo na população; além disso, a razão entre exames e a população alvo deve ser ponderada pela participação da saúde suplementar em cada município das regionais para uma estimativa mais próxima da cobertura populacional. Localidades com elevado percentual de cobertura da saúde suplementar podem apresentar razões mais baixas, uma vez que o denominador deste indicador é o total da população feminina na faixa etária do programa. Esta informação deve ser contemplada no aprofundamento da análise por regionais e municípios¹⁹.

Portanto, a redução do câncer de colo uterino nos países em desenvolvimento ainda representa uma necessidade não atendida, pois virtualmente todos os casos desse câncer, têm sua prevenção feita por rastreamento através do exame de papanicolau, na maior parte das regiões, de forma oportunista e não organizada²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de colo uterino é um problema de saúde pública por sua alta taxa de mortalidade, grande probabilidade de cura quando diagnosticado precocemente e passível de

ser prevenido pela educação e informação da população. Este câncer provoca grandes alterações na vida das mulheres acometidas por ele e de seus familiares, e a maioria está na fase reprodutiva da vida.

O presente estudo mostrou que as regionais do Estado têm trajetória conturbada em relação ao processo de cobertura do exame de prevenção do câncer de colo uterino. Em todas as Regionais de Saúde de Sergipe houve redução do quantitativo de exames papanicolau realizado em mulheres de 25 a 59 anos, destacando-se nesse particular, a Regional Propriá com maior expressão estatística ($p=0,04$) de redução de um ano para outro. Na organização dos serviços, observou-se carência de iniciativas, de insumos e de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde.

Pretende-se, desta forma, estimular uma ampliação do uso das bases de dados assistenciais que pode ser útil para a captação de problemas na organização da oferta e no desempenho da Estratégia de Saúde da Família.

Através desta pesquisa foi possível analisar a percepção das usuárias sobre as medidas preventivas relacionadas ao câncer do colo uterino. Percebe-se que os serviços de saúde devido à falta de estrutura física, de insumos ou recursos humanos somente oferecem o exame preventivo de maneira quantitativa, no entanto, sem a devida preocupação com relação à qualidade da assistência. Assim é possível afirmar que haja falhas na prevenção, sendo necessário investir em mais divulgações e orientações fortalecendo a educação em saúde.

Assim, o enfermeiro, juntamente com os demais profissionais da área da saúde, tem significativa importância no planejamento, execução e avaliação da programação das ações da saúde, em seus diferentes níveis de atuação.

Por fim, o acesso e realização do exame de prevenção de câncer de colo uterino, constituem se como desafios na construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços.

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher estabelece a promoção para a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios de promoção, prevenção e assistência à saúde, em todo o território brasileiro.

ASSESSMENT OF THE IMPORTANT BASICS IN THE CONTEXT OF THE POLICY OF PREVENTION OF COLON CANCER IN THE STATE OF SERGIPE

ABSTRACT

This study aimed to assess the quality of primary care in the actions for the prevention of colon cancer in the state of Sergipe. It was a search with a quali-quantitative approach, carried out with users (N= 840) and nurses (N= 9) in the headquarters of regional health of this state. The data were collected through semi-structured interviews and records of the computerised system of the INCA of all women from 25 to 59 years captured that performed the pap smears. The focus group technique was applied to selected women, gathered in the space reserved for education and health. The results show that there was a reduction in the number of examinations performed in the state in 2012 (36,311) compared to 2011 (67,216); being the Regional Propriá that stood out in this particular ($p= 0.004$). The qualitative analysis showed discrepancies between the accounts of the users and nurses regarding access and difficulties in carrying out the examination and capture techniques to target audience. However, there was no agreement regarding the knowledge about behavioral aspects, and especially on the difficulties of forwarding and conditions of treatment of cases detected. It is necessary a profound rethink on the part of the team and especially the managers, taking as a basis the principles governing the concept of primary health care.

Keywords: Basic Attention. Prevention. Cervical Cancer Uterus.

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA AL ALCANCE DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EL ESTADO DE SERGIPE.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de la atención primaria como a la prevención de cáncer de cuello uterino en el Estado de Sergipe. Este fue un estudio de

abordaje cualitativo y cuantitativo, realizado con las usuarias (N=840) y enfermeros (n = 9), en la Sede de las regionales de salud de este Estado . Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y del sistema computarizado del INCA de todas las mujeres de 25 a 59 años que se sometieron a la prueba de Papanicolaou. Se aplicó la técnica de grupos focales con las mujeres seleccionadas, que se reunieron en el espacio reservado para la educación y salud. Los resultados muestran que hubo una disminución en el número de pruebas realizadas en el Estado en 2012 (36.311) en comparación con 2011 (67.216); La Regional Propriá se destacó en particular (p=0,004). El análisis cualitativo mostró discrepancias entre las cuentas de los usuarios y personal de enfermería en cuanto a acceso y dificultades en el examen y las técnicas para atraer al público objetivo. Sin embargo, no hubo acuerdo sobre el conocimiento de aspectos de comportamiento, y sobre todas las dificultades de las condiciones y el tratamiento de los casos detectados de enrutamiento. Se hace necesario un profundo replanteamiento del personal y especialmente los gerentes, en base a los principios que rigen el concepto de atención primaria de salud.

Palabras clave: Atención primaria. Prevención de Cuello Uterino. El cáncer del cuello uterino.

REFERÊNCIAS

1. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de papanicolau em mulheres com câncer de colo uterino. Caderno de Saúde Pública. 2001; 17(4):909-914.
2. Guerra MR, Gallo CVM, Azevedo G, Mendonça S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Revista Brasileira de Cancerologia. 2005; 4(10): 227-234.
3. Marques JF, Queiroz MVO. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2012; 33(3):65-72.
4. Parada R, Assis M, Silva RCF, Abreu MF, Silva MAF, Dias MBK, Tomazelli JG. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. Revista APS. 2008; 11(2):199-206.
5. Castanheira ERL, Dalben I, Almeida ID, Puttini RF, Patrocínio KP, Machado, DF, Júnior ALC, Nemes MIB. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. Saúde e Sociedade. 2009; 18(2): 56-60.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional do Controle do Câncer do Colo Uterino. Secretaria Executiva, 2011. 32p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional do Controle do Câncer do Colo Uterino. Secretaria Executiva, 2011. 32p.
7. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Scwarccwald CL. Cobertura do teste de papanicolau e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer de colo do útero em Pernambuco. Caderno de Saúde Pública. 2009; 25(3): 301-309.

8. Brandão ALR, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento Europep para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013; 18(1):103-114.
9. Oliveira MV, Almeida Júnior RA. Prevalência do exame de papanicolaou no município de Vitória da Conquista, Bahia, no Período de 2002 a 2010. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*. 2013; 2:112-126.
10. Eduardo KGT, Moura ERF, Nogueira PSF, Costa, CBJS, Pinheiro AKB, Silva RM. Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para o câncer de colo uterino. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2012; 13(5):1045-1055.
11. Moura ADA, Silva SMG, Farias LM, Feitosa AR. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. *Revista RENE*; 2010, 11(1):94-104.
12. Santos MS, Macêdo APN, Leite MAG. Percepção de usuárias de uma unidade de saúde da família acerca da prevenção do câncer do colo do útero. *Revista APS*; 2010, 13(3):310-319.
13. Bento PASS, Telles AC, Suzarte CTS, Moraes LEO. O câncer do colo do útero como fantasma resistente a prevenção primária e detecção precoce. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*. 2010; 2(2):776-786.
14. Rodrigues BC, Carneiro ACOMO, Silva TL, Solá ACN, Manzi NM, Schechtman NP, Magalhães HL, Dytz, JL. Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012; 4(5):149-154.
15. Soares MC, Mishima SM, Meincke SMK, Simino GPR. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*. 2010; 14(1):90-96.
16. Teixeira RA, Valente JG, França EB. Mortalidade por câncer de colo do útero no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2004-2006: análise da magnitude e diferenciais regionais de óbitos corrigidos. *Epidemiologia Serviço Saúde*. 2012; 21(4):549-559.
17. Borsatto AZ, Vidal MLB, Rochas, RCNP. Vacina contra o HPV e a prevenção do câncer do colo do útero: subsídios para a prática. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2011; 57(1): 67-74.
18. Gomes CHR, Silva JA, Ribeiro JA, Penna, RMM. Câncer cervicouterino: correlação entre diagnóstico e realização prévia de exame preventivo em serviço de referência no norte de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012; 58(1):41-45.
19. Dias MBK, Tomazelli JG, Assis M. Rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil: análise de dados do Siscolo no período de 2002 a 2006. *Epidemiologia Serviço Saúde*. 2010; 19(3):293-306.

20. Borba PC, Teixeira JC, Roteli-Martins, CM, Carvalho NS, Naud PSV, Neves NA. O que falta na luta contra o câncer de colo uterino?. **Diagnóstico e tratamento. 2010; 15(4):198-202.**

Endereço para correspondência: Avenida Marechal Rondon, 431. Bloco 4, apartamento 202. Cep: 49095-790. Bairro Capucho. Aracaju - Sergipe

6 CONCLUSÃO

O câncer de colo uterino é um problema de saúde pública por sua alta taxa de mortalidade, grande probabilidade de cura quando diagnosticado precocemente e passível de ser prevenido pela educação e informação da população. Este câncer provoca grandes alterações na vida das mulheres acometidas por ele e de seus familiares, e a maioria está na fase reprodutiva da vida.

O presente estudo mostrou que as regionais do Estado têm trajetória conturbada em relação ao processo de cobertura do exame de prevenção do câncer de colo uterino. Na organização dos serviços, observou-se carência de iniciativas, de insumos e de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde.

Pretende-se, desta forma, estimular uma ampliação do uso das bases de dados assistenciais que pode ser útil para a captação de problemas na organização da oferta e no desempenho da Estratégia de Saúde da Família.

Através desta pesquisa foi possível obter a percepção das usuárias sobre as medidas preventivas relacionadas ao câncer do colo uterino. Percebeu-se que os serviços de saúde devido à falta de estrutura física, de insumos ou recursos humanos somente oferecem o exame preventivo de maneira quantitativa, no entanto, sem a devida preocupação com relação à qualidade da assistência. Assim

é possível afirmar que haja falhas na prevenção, sendo necessário investir em mais divulgações e orientações fortalecendo a educação em saúde.

Dessa forma, ficou evidenciado que em todas as Regionais de Saúde de Sergipe houve redução do quantitativo de exames papanicolau realizado em mulheres de 25 a 59 anos, destacando-se nesse particular, a Regional Propriá com a maior expressão estatística ($p=0,04$) de redução de um ano para outro. Outros fatores limitantes foram observados como a mudança de gestão, por ter sido 2012 um ano de decisão eleitoral, que ocasiona desestruturação e quebra no seguimento das ações da gestão anterior, e insegurança dos profissionais conforme relato de alguns destes.

Notou-se ainda que quanto à acessibilidade do exame os problemas de infraestrutura foram os que se destacaram; e também que em sua maioria as usuárias classificam o atendimento satisfatório e que há grandes empecilhos quanto ao agendamento e encaminhamentos no sistema informatizado (internet).

Observou-se ainda que a maioria das usuárias não apresentaram resistência às orientações dadas pela equipe, em particular pelas enfermeiras.

Assim, o enfermeiro, juntamente com os demais profissionais da área da saúde, tem significativa importância no planejamento, execução e avaliação da programação das ações da saúde, em seus diferentes níveis de atuação.

Por fim, o acesso e realização do exame de prevenção de câncer de colo uterino, constituem se como desafios na construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TÉCNICA DE GRUPO FOCAL
(Às mulheres de 25 a 59 anos)

1. O que Vocês entendem por Exame Citológico de Lâmina e ou Papanicolau?
2. Como é o Acesso ao Exame?
3. Vocês julgam ser Importante esse exame? Por quê?
4. Como é que Você avalia o atendimento que Você recebe aqui no seu Posto de Saúde referente à Prevenção do câncer de colo do útero? Existem quais atividades?
5. É difícil pra Você fazer o exame? Por quê?
6. Você tem resposta do exame Papanicolau que Você realizou com facilidade?
7. Você tem acesso fácil a realizar outros exames (se precisar), caso Você tenha alguma alteração no exame Papanicolau? Quais as dificuldades?
8. Você entende que o uso de algumas roupas, cremes, chás ou sabonetes causam algum tipo de mudança dentro de sua região vaginal? Que tipo de mudança?
9. Como você entende as mudanças de sua região vaginal? Você sabe como e por que elas ocorrem?
10. Você acredita que alterações na sua região vaginal (corrimentos, coceiras etc) pode ter ligação com o câncer? Por quê?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TÉCNICA DE GRUPO FOCAL
(Aos Profissionais Enfermeiros)

1. Existe algum impedimento para realização do exame Papanicolau aqui em sua Unidade e ou sua Regional de Saúde? Quais?
2. São utilizadas Técnicas para captação das mulheres que podem realizar o exame? Quais?
3. Qual a reciprocidade de resposta da Secretaria de Saúde de seu Município quando é necessário haver encaminhamento para exames e ou até mesmo tratamento de lesão de colo de útero em sua Unidade? Se houver impedimentos, quais são?
4. Como Você avalia a Atenção prestada de sua Secretaria de saúde Regional quanto às ações preventivas de câncer de colo de útero?
5. Como Você avalia a Conduta de Sua Secretaria de Saúde quanto a Atenção dada aos casos de lesão de colo de útero? Onde são tratadas?
6. Qual perfil social das usuárias que realizam o exame papanicolau?
7. Nos exames captados após coleta do material citológico, quais as alterações mais encontradas?

8. Você entende que existe uma associação com o micro ambiente vaginal e as lesões de colo uterino? Por quê?
9. Que tipo de orientações são dadas àquelas mulheres com alteração na micro flora vaginal? Você percebe algum tipo de resistência? Quais?
10. Você percebe que as mulheres procuram mais o exame papanicolau quando existe alteração em sua flora vaginal ou por prevenção?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

TEMA: Avaliação da Atenção Básica no Âmbito da Política de Prevenção do Câncer de Colo do Útero no Estado de Sergipe

PESQUISADOR: André Luiz de Jesus Moraes

ORIENTADORA: Dra. Cristiane Costa da Cunha Oliveira

CO-ORIENTADORA: Dra. Marлизete Maldonado Vargas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
abaixo assinado, autorizo a Universidade Tiradentes por intermédio do aluno: André Luiz de Jesus Moraes, devidamente assistido pela sua orientadora Cristiane Costa da

Cunha Oliveira e Marлизete Maldonado Vargas a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título do Experimento: Avaliação da Atenção Básica quanto a Efetividade da Política de Prevenção do Câncer de Colo do Útero no Estado de Sergipe.

2-Objetivo: Avaliar a qualidade da Atenção Básica de Saúde quanto à efetividade da Política de Prevenção de Câncer de Colo de Útero no Estado de Sergipe no Período de 2011 e 2012; Analisar o indicador número de exames Papanicolau em mulheres de 25 a 59 anos por regional do Estado de Sergipe nos anos 2011 e 2012; Conhecer as concepções de Enfermeiros (as) e usuárias a cerca da importância do exame para prevenção de câncer de colo de útero e de comportamentos que possam influenciar na prevenção.

3-Descrição de procedimentos: Na primeira etapa foi realizado levantamento de dados secundários com base nos dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) com as mulheres de 25 a 59 anos no ano de 2011 e 2012.

Os dados qualitativos serão coletados utilizando dois roteiros de entrevista utilizados nas visitas às sedes das regionais do Estado de Sergipe, sendo estes previamente marcados e agendados para o dia de realização do exame papanicolau. O primeiro roteiro direcionado às usuárias que realizam o exame papanicolau e usuárias do Sistema de Saúde e o segundo roteiro às profissionais enfermeiras que executam o exame papanicolau nessas mulheres.

4-Desconfortos e riscos esperados: A pesquisa oferece riscos mínimos aos envolvidos no estudo, quanto a um erro amostral não calculado, quanto ao constrangimento nenhum dos pacientes terá sua identidade divulgada. Foi devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

5-Benefícios esperados: A pesquisa terá como benefícios obter dados que possam contribuir para construção de estratégias para prevenção e promoção de saúde no que se refere às pacientes que possam desenvolver câncer de colo do útero. Esses dados configuram-se em um diagnóstico preliminar e podem gerar subsídios para definir estratégias e Políticas Públicas específicas para esses pacientes na prevenção do câncer de colo uterino, além de percebermos falhas na efetividade da política de prevenção dessa patologia.

6-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

7-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

8-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

9-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

10-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. Av. Mutilo Dantas, 300 Bloco F- Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE, 79-32182206.

Aracaju, _____ de _____ de 2013

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO
PESQUISADOR

ASSINATURA DO

APÊNDICE D - Tabela 06: Relatos das entrevistas sobre as orientações quanto à prevenção do câncer de colo uterino nas sete regionais de Sergipe Em 2012 E 2013.

Conteúdos mais frequentes	Enfermeiras
Boa aceitação das orientações	9 (100%)
Dificuldade do parceiro em aceitar a abstinência sexual	5 (56%)
Dificuldade em informar sobre DST's (insegurança)	1 (11%)
Receio da reação agressiva dos maridos	1 (11%)
Dificuldade em convencer o marido a usar preservativo	3 (33%)

ANEXO A - Tabela 07: Razão entre quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres de 25 a 59 anos na Regional Glória em 2011 e 2012.

Município/Regional	Quantidade de Exame Citológico em mulheres (25 a 59 anos)		População geral de mulheres (25 a 59 anos)		Razão Citológico x População		Valor P
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
R1 - N. S. Glória							
Glória	856	649	7200	7291	0,12	0,09	0,509
Canindé	1062	573	4942	5044	0,21	0,11	0,080
Poço Redondo	464	509	5725	5790	0,08	0,09	0,807
Monte Alegre	328	229	2726	2756	0,12	0,08	0,373
Porto da Folha	489	313	5295	5318	0,09	0,06	0,440
Gararu	161	155	2324	2327	0,07	0,07	0,911
Itabi	185	116	1099	1101	0,17	0,11	0,249
Graccho Cardoso	194	151	1192	1190	0,16	0,13	0,577
Feira Nova	85	111	1122	1122	0,08	0,10	0,621

TOTAL R1	3824	2806	31625	33951	0,12	0,08	0,373
-----------------	------	------	-------	-------	------	------	-------

Fonte: INCA (2013)

ANEXO B - Tabela 08: Razão entre quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres de 25 a 59 anos na Regional Socorro em 2011 e 2012.

Município/Regional	Quantidade de Exame Citológico em mulheres (25 a 59 anos)		População		Razão Citológico x População		Valor P
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
R2 - N. S. Socorro							
Socorro	5267	2608	39776	40298	0,13	0,06	0,113
Cumbe	251	164	836	836	0,30	0,20	0,156
N. S. Dores	790	483	5294	5332	0,15	0,09	0,220
Siriri	362	203	1652	1669	0,22	0,12	0,086
Capela	1040	609	6409	6474	0,16	0,09	0,165
Japaratuba	917	459	3673	3712	0,25	0,12	0,033
Carmópolis	448	228	3097	3168	0,14	0,07	0,131
Rosário do Catete	379	289	2171	2204	0,17	0,13	0,465
Santo Amaro	290	125	2531	2542	0,11	0,05	0,137
Pirambu	324	200	1750	1767	0,19	0,11	0,143
Maruim	350	196	3648	3660	0,10	0,05	0,196

General Maynard	72	99	679	691	0,11	0,14	0,548
TOTAL R2	10490	5663	71516	72353	0,14	0,07	0,131

Fonte: INCA (2013)

ANEXO C - Tabela 09: Razão entre a quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres 25 a 59 anos na Regional Propriá em 2011 e 2012.

Município/Regional	Quantidade de Exame Citológico em mulheres (25 a 59 anos)		População		Razão Citológico x População		Valor P
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
R3 – Propriá							
Propriá	1259	657	6462	6477	0,19	0,10	0,097
N. S. Lourdes	295	189	1339	1337	0,22	0,14	0,183
Canhoba	153	132	732	732	0,21	0,18	0,631
Aquidabã	592	58	4303	4328	0,14	0,01	0,001
Cedro de São João	321	135	1240	1238	0,26	0,11	0,013
Amparo S. Francisco	75	25	465	467	0,16	0,05	0,017
Telha	100	49	669	672	0,15	0,07	0,090
Malhada dos Bois	121	78	720	720	0,17	0,11	0,253
Brejo Grande	268	119	1397	1404	0,19	0,08	0,036
Pacatuba	519	267	2555	2580	0,20	0,10	0,070
Japoatã	520	271	2582	2578	0,20	0,11	0,104
Muribeca	467	243	1567	1565	0,30	0,16	0,037

São Francisco	405	124	1393	754	0,29	0,16	0,051
Neópolis	718	436	3874	3870	0,19	0,11	0,143
Santana S. Francisco	405	189	1393	1405	0,29	0,13	0,014
TOTAL R3	6218	2972	30691	30127	0,20	0,09	0,044

Fonte: INCA (2013)

ANEXO D - Tabela 10: Razão entre a quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres 25 a 59 anos na Regional Itabaiana em 2011 e 2012.

Município/Regional	Quantidade de Exame Citológico em mulheres (25 a 59 anos)		População		Razão Citológico x População		Valor P
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
R4 – Itabaiana							
Itabaiana	1610	1409	20524	20701	0,08	0,07	0,782
São M. Aleixo	154	76	767	766	0,20	0,10	0,068
N. S. Aparecida	118	52	1869	1868	0,06	0,03	0,320
Carira	524	428	4281	4317	0,12	0,10	0,670
Pinhão	68	117	1340	1355	0,05	0,09	0,279
Frei Paulo	405	279	3094	3124	0,13	0,09	0,394
Ribeirópolis	270	181	3900	3927	0,07	0,05	0,545
Pedra Mole	208	164	680	686	0,31	0,24	0,341
Macambira	172	50	1419	1431	0,12	0,03	0,022
São Domingos	339	160	2267	2288	0,15	0,07	0,087
Campo do Brito	417	151	3759	3784	0,11	0,04	0,071
Areia Branca	488	330	3562	3595	0,14	0,09	0,295

Malhador	546	351	2623	2634	0,21	0,13	0,171
Moita Bonita	326	251	2413	2409	0,14	0,10	0,413
TOTAL R4	5645	3999	52498	52885	0,10	0,07	0,445

Fonte: INCA (2013)

ANEXO E - Tabela 11: Razão entre a quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres 25 a 59 anos na Regional Aracaju em 2011 e 2012.

Município/Regional	Quantidade de Exame Citológico em mulheres (25 a 59 anos)		População		Razão Citológico x População		Valor P
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
R5 – Aracaju							
Aracaju	15704	7249	157594	159806	0,10	0,05	0,186
São Cristóvão	1695	752	19165	19421	0,09	0,04	0,159
Itaporanga	264	34	6380	6455	0,04	0,01	0,161
Barra dos Coqueiros	831	582	6046	6171	0,14	0,09	0,298
Laranjeiras	999	624	6100	6160	0,16	0,10	0,242
Riachuelo	276	141	2045	2061	0,13	0,07	0,182
Divina Pastora	154	136	934	954	0,16	0,14	0,701
Santa Rosa de Lima	249	72	764	761	0,33	0,09	< 0,001
TOTAL R5	20172	9590	199028	201789	0,10	0,04	0,116

Fonte: INCA (2013)

ANEXO F - Tabela 12: Razão entre a quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres 25 a 59 anos na Regional Lagarto em 2011 e 2012.

Município/Regional	Quantidade de Exame Citológico em mulheres (25 a 59 anos)		População		Razão Citológico x População		Valor P
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
R6 – Lagarto							
Lagarto	3026	2180	21516	21707	0,14	0,10	0,415
Poço Verde	992	413	4615	4646	0,21	0,09	0,029
Simão Dias	1419	888	8397	8425	0,17	0,11	0,250
Tobias Barreto	3439	804	10667	10747	0,32	0,07	< 0,001
Riachão do Dantas	617	303	3892	3888	0,16	0,08	0,100
Salgado	503	521	4178	4190	0,12	0,12	0,924
Ilha das Flores	307	72	1613	1617	0,19	0,04	0,002
TOTAL R6	10303	5181	54878	55220	0,18	0,09	0,087

Fonte: INCA (2013)

ANEXO G - Tabela 13: Razão entre a quantidade de exames citológicos e população geral de mulheres 25 a 59 anos na Regional Estância em 2011 e 2012.

Município/Regional	Quantidade de Exame Citológico em mulheres (25 a 59 anos)		População		Razão Citológico x População		Valor P
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
R7 – Estância							
Estância	2740	1928	14723	14813	0,19	0,13	0,285
Sta. Luzia Itanhy	923	425	2432	2621	0,38	0,16	0,003
Indiaroba	224	183	3002	3037	0,07	0,06	0,763
Cristinápolis	772	481	3310	3343	0,23	0,14	0,141
Tomar do Geru	659	243	2564	2565	0,26	0,09	0,004
Itabaianinha	1640	660	8014	8064	0,20	0,08	0,025
Pedrinhas	314	281	1882	1893	0,17	0,15	0,714
Boquim	1260	785	5693	5718	0,22	0,14	0,181
Araúá	827	496	2256	1990	0,37	0,25	0,128
Umbaúba	1205	618	4838	4947	0,25	0,12	0,033
TOTAL R7	10564	6100	48714	48991	0,21	0,12	0,121

Fonte: INCA (2013)

ANEXO H - PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA

