

C 617202
R 1262050
04/04/00

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL- MESTRADO

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1262050	
04 / 04 / 00	

**AVALIAÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO
DE CÂNCER DE COLO UTERINO, NO ESTADO
DO CEARÁ E A PARTICIPAÇÃO DA ENFERMEIRA**

MÔNICA DANTAS SAMPAIO REZENDE

D-
616.99466
R 357a
1999

FORTALEZA
1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL- MESTRADO**

MÔNICA DANTAS SAMPAIO REZENDE

**AVALIAÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE
CÂNCER DE COLO UTERINO, NO ESTADO DO CEARÁ
E A PARTICIPAÇÃO DA ENFERMEIRA.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem Saúde Comunitária.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida.

Linha de pesquisa: Assistência participativa de enfermagem em situação de saúde-doença.

**FORTALEZA
1999**

FICHA CATALOGRÁFICA

R 357 Rezende, Mônica Dantas Sampaio

Avaliação da campanha de prevenção de câncer de colo uterino: Estado do Ceará e a participação da enfermeira/ Mônica Dantas Sampaio Rezende. – Fortaleza, 1999.

117f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

1. Neoplasias do colo uterino. 2. Neoplasias do colo uterino – prevenção – Ceará. 3. Neoplasias do colo uterino – Enfermeira. I. Título.

CDD - 616.99466

**AVALIAÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE
CÂNCER DE COLO UTERINO, NO ESTADO DO
CEARÁ E A PARTICIPAÇÃO DA ENFERMEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Data de Aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
(Orientador)

Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva
(1ª Examinadora)

Profa. Dra. Givanilda Aquino de Souza
(2ª Examinadora)

Profa. Dra. Zulene Maria de Vasconcelos Varela
(Membro Suplente)

FORTALEZA
1999

**AVALIAÇÃO DA CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE
CÂNCER DE COLO UTERINO, NO ESTADO DO
CEARÁ E A PARTICIPAÇÃO DA ENFERMEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Data de Aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
(Orientador)

Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva
(1ª Examinadora)

Profa. Dra. Givanilda Aquino de Souza
(2ª Examinadora)

Profa. Dra. Zulene Maria de Vasconcelos Varela
(Membro Suplente)

FORTALEZA
1999

Dedicatória

Dedico esse estudo ao meu marido Gerardo e aos meus filhos Rafael e Natália que vivenciaram com compreensão e paciência, as ausências, angústias e alegrias deste trabalho.

Agradecimentos Especiais

Ao Deus, que me acompanha, em todos os momentos da minha vida e, muitas vezes, me carrega no colo. Obrigada, Senhor!

À minha mãe, Nossa Senhora, que sempre me protegeu nos instantes de angústia e de tribulações. Obrigada pelas graças concedidas durante esta trajetória e por sua constante presença, ao meu lado, mesmo quando tudo parecia sombrio.

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo amor que me dedicaram e pela vida que me proporcionaram.

Ao meu sogro e minha sogra, pela força, amor e carinho dispensados não só para mim, mas principalmente, aos meus filhos Rafael e Natália.

À minha família, com quem divido a alegria de mais na conquista de vida almejada.

Ao professor Dr. Paulo César de Almeida pelo apoio, atenção e presteza com que me orientou neste trabalho, contribuindo para o meu crescimento profissional.

À doutoranda Fátima Luna Pinheiro Landim, pela sua competência e disponibilidade, sua transmissão segura e dedicação contínua, ao longo desta trajetória.

À Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva, pelas contribuições e estímulos no decorrer deste trabalho.

À Profa. Dra. Givanilda Aquino, pelas valiosas contribuições emprestadas a este estudo.

À Profa. Dra. Zulene Varela, pelo apoio e disponibilidade para de colaborar, sempre com o máximo de boa vontade, na realização deste trabalho.

À Profa. Doutoranda Ana Fátima Carvalho Fernandes, pelos estímulos decisivos na construção deste estudo.

Às Profas. Lorena e Ana Karina, pelos incentivos para fazer o Mestrado e durante toda a sua trajetória.

À minha amiga de trabalho e de mestrado, Albertina, pela amizade, compreensão e apoio nesta batalha.

À minha amiga e Mestra, Dafne Rodrigues, pelas contribuições e disponibilidade em colaborar nessa trajetória.

Ao Prof. Pedro Rodrigues, por ter aceito contribuir, revisando este estudo.

A gerência do IPCC, pela colaboração durante o desenvolvimento deste trabalho.

À Coordenação do Mestrado em Enfermagem, aos docentes, alunos e funcionários, pelo apoio à realização desta pesquisa.

Às enfermeiras, em especial, as que responderam prontamente ao instrumento e que se colocam como colaboradoras na construção deste estudo.

Um agradecimento especial a todos aqueles que aqui não foram citados, mas que souberam contribuir direta e/ou indiretamente, na realização deste estudo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 O problema	15
1.2 Envolvimento com a temática e relevância do estudo.....	20
1.3 O Instituto de Prevenção de Câncer do Ceará e a Atuação da Enfermagem	22
1.4 Objetivos	24
2 REVISÃO DE LITERATURA	26
2.1 Câncer de colo uterino: mecanismo patológico, de evolução e tratamento	26
2.2 A campanha, como estratégia de combate aos problemas de saúde pública.....	36
2.2.1 Campanha: visão histórica.....	39
2.2.2 As campanhas e o câncer de colo uterino.....	46
2.3 O processo de avaliação	48
3 METODOLOGIA	54
3.1 Primeira etapa: avaliação das metas de cobertura da Campanha no Estado do Ceará – 1998	54
3.2 Segunda etapa: avaliação da participação das enfermeiras na Campanha no Estado do Ceará – 1998.....	58
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	60
4.1 Primeira etapa de análise	60
4.1.1 Etapas de planejamento / execução da campanha e benefícios reais trazidos para o estado do Ceará.....	60
4.1.2 Apreciação dos resultados da Campanha.....	68

4.2 Segunda etapa de análise	82
5 CONCLUSÕES	95
6 SUGESTÕES	103
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	115

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição do número de exames de prevenção de câncer de colo uterino realizados antes e durante a Campanha, no estado do Ceará, 1998.....	68
Gráfico 2 – Distribuição da meta atingida no interior no Estado do Ceará e na capital, na Campanha – 1998	72
Gráfico 3 – Distribuição das metas atingidas pelos DERES na Campanha de prevenção de câncer de colo uterino, Ceará, 1998.....	76
Gráfico 4 – Distribuição do percentual alcançado na Campanha de prevenção de câncer de colo uterino, do Estado do Ceará, 1998.....	77

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição do Total de Municípios Percentuais de Metas Atingidas – Ceará – 1998	69
TABELA 2 – Distribuição dos Percentuais de Cobertura dos Municípios 4 ^o DERES – Ceará – 1998	70
TABELA 3 – Distribuição dos Municípios que Atingiram Menos de 50% da Meta de Cobertura Respectivos DERES, Ceará – 1998.....	71
TABELA 4 – Distribuição dos Municípios que Não Realizaram Prevenção de Câncer de Colo Uterino e Seu Desempenho na Campanha – Ceará –1998	73
TABELA 5 – Distribuição do DERES Segundo a % da Meta Atingida.....	75
TABELA 6 – Distribuição do Número de Municípios Segundo a População de Mulheres na Faixa Etária de 25 a 49 Anos e Percentuais de Cobertura – Ceará – 1998	78
TABELA 7 – Distribuição das Alterações Celulares Diagnosticadas na Campanha de Prevenção de Câncer de Colo Uterino – Ceará – 1998	79
TABELA 8 – Distribuição do Papel Desempenhado Pelas Enfermeiras na Campanha de Prevenção de Câncer de Colo Uterino no Estado do Ceará – 1998.	83
TABELA 9 – Distribuição do Significado Para As Enfermeiras na Participação da Campanha de Prevenção de Câncer de Colo Uterino – Ceará – 1998.....	86
TABELA 10 – Distribuição dos Pontos Positivos do Processo da Campanha, Segundo as Enfermeiras que	

Trabalham na Campanha de Prevenção de câncer
de colo uterino – Ceará – 1998 89

TABELA 11 – Distribuição dos Pontos Negativos Na
Organização e Implementação das Etapas da
Campanha no Estado do Ceará, 1998..... 92

ABREVIATURAS

- ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem.
- CA - Câncer.
- CAF - Aparelhos de Alta Freqüência.
- CNCCCU - Campanha Nacional de Combate do Câncer de Colo. Uterino.
- DA - Departamento de Administração.
- DERES - Departamento Regionais de Saúde.
- DST - Doenças Sexualmente Transmitida.
- IBGE-CE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Ceará.
- INCA - Instituto Nacional do Câncer.
- INCMS - Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde.
- IPCC - Instituto de Prevenção do Câncer.
- MSB - Ministério da Saúde do Brasil.
- NIC - Neoplasias Intraepiteliais Cervicais.
- MS - Ministério da Saúde.
- OMS - Organização Mundial de Saúde.
- ONU - Organização das Nações Unidas.
- SESA - Secretarias de Saúde.
- SAN - Secretaria de Assistência Médica.
- SIA - Sistema de Informações Ambulatórias.
- SSP - Secretaria de Saúde Pública.
- SUCAN - Superintendência de Campanhas de Saúde pública.
- SUS - Sistema Único de Saúde.

RESUMO

O tipo de estudo foi descritivo e teve como característica definidora a avaliação dos resultados da Campanha de Prevenção do Câncer de Colo Uterino 1998, realizado no Estado do Ceará, bem como, a investigação dos problemas enfrentados pelos enfermeiros que vivenciaram a campanha. O estudo constou de duas etapas. A primeira etapa se iniciou com a descrição das fases de elaboração e execução de Campanha no Estado do Ceará. Esta etapa inicial estende-se ainda, para fazer a apreciação dos resultados da Campanha, definindo assim, a realidade local de alcance e contribuições para redução da problemática de câncer de colo uterino. A campanha no Estado do Ceará visou, então, alcançar a cobertura de 149.860 mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos. Para análise dos dados da campanha, utilizou-se o auxílio do programa EPI-INFO, quando, então, foram elaborados tabelas e gráficos, bem como calculadas algumas medidas estatísticas, para posterior análise. Foram diagnosticados 1.146 alterações celulares. Quanto ao desempenho dos 184 municípios, apenas 16 (8,7%) tiveram o percentual da meta atingida menor que 50% e que 30% deles alcançaram entre 75 e 100% e quase metade (48,9%) dos municípios conseguiram mais de 100% das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Verificou-se que não houve associação entre o % da meta atingida e a população do município ($\chi = 2,29$; e $p=0,392$). Ainda, devido a campanha foram instalados o serviço de ginecologia nos 24 municípios nos quais não tinha sido implantado. Na segunda etapa do estudo já analisada a participação da enfermeira na Campanha. Para coleta de dados foi enviado um questionário com perguntas abertas. Responderam ao questionário 239 profissionais de 105 municípios, dentre os 184 existentes no Estado do Ceará. A amostra constou, assim, das 239 enfermeiras que, em solicitadas a participar da pesquisa sendo contatadas, responderam ao questionário, desenvolvendo-o em tempo hábil para sua apuração. As enfermeiras caracterizaram seu papel nesse trabalho como de fundamental importância (100%), trabalharam como organizadoras, coordenadoras e executoras da Campanha (95%). Para elas, trabalhar na campanha significou estar contribuindo para a redução da problemática nos respectivos municípios de atuação (98%), além de proporcionar satisfação pessoal (87%). Alguns dos pontos positivos evidenciados foram: detectar vários casos de câncer ainda tratáveis (100%), ter atingido muitas mulheres que nunca haviam feito o exame de prevenção (93%). Como pontos negativos foram referidos: pouco medicamento (79%) e pouco tempo de duração da campanha (64%). Conclui-se que a campanha de prevenção do câncer de colo uterino em sua maioria atingiu a meta desejada no Estado do Ceará em 1998 e que o profissional enfermeiro desempenhou papel de fundamental importância para o êxito da campanha.

SUMMARY

This study has descriptive nature. Your defined characteristic is the estimate of results obtained in Prevention Campaign of Colo Uterino Cancer, in 1998, achieved in Ceará State, and also the investigation of the problems confronted by the nurses that participated the campaign.

The study was developed in two stages. The first stage began with the description of the preparation and execution stages in Ceará State Campaign. The first stages's objectives were appreciated the campaign's results, defining the reality, considering the reach site and the contribution to reduce the Uterus Cervix Cancer problematic.

The Campaign in Ceará State intended to reach 149.860 women, between 35 and 49 years old. To analyse the campaign's facts was used the EPIINFO program. The charts and graphics was prepared and also was calculated some statistics measures to be analysed sub-sequently. Were identified 1.146 cellulars alterations.

About the fulfilment of the 184 Town Council, only 16 (8,7%) obtained the aim incidence less than 50%, 30% reached between 75% and 100% and almost half of than (48,9%) reached more than 100% of the established aims by Health Ministry was verify that didn't have association between 0% of the reached aim and the Town Council's population ($\chi^2 = 2,29$; e $p = 0,392$).

Because of the campaign were installed gynecological services in 24 town council, that still didn't have this kind of service.

In the second stage of the study was analysed the nurse participation in Campaign. To tax the facts was sent a questionnaire with opened questions. Answered the questions 239 professional in 105 town council. Between 184 that exist in Ceará State. In the sample consisted 239 nurses that was requested to participate of the research. They used the questionnaire to express answers, developing them in time to be verify. The nurses characterized their function in this work as been fundamental and important (100%); they worked like organizers, coordinators and executioners of the Campaign (95%), what meant an effective contribution to reduce the problematic in the respective town council in action (98%), besides the personal satisfaction (87%) that was proportionate by the participation some of the positive points that were proved: detect many cases of cancer still treatables (100%) and have reached un uncertain of women that had never do the prevention exam (93%). As negative points were mentioned, few medicines (79%) anal the short time of the Campaign (64%).

In conclusion, the Prevention Campaign of uterus cervix Cancer, reached the wanted aim in Ceará State, in 1998. And the professional nurse developed na important and fundamental function to the Campaign's success.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O problema

O câncer de colo uterino ainda é uma das patologias que afeta a população feminina em todo o mundo, especialmente a que se encontra na faixa etária de trinta a quarenta e cinco anos de idade. Nos países da América Central, América do Sul e também da África, essa morbidade vem ocupando o segundo lugar entre as especialidades oncológicas que mais vitimam as mulheres. (Smeltzer & Bare, 1994; Wharton, 1997; Parker, 1996).

Mesmo nos Estados Unidos, a incidência do câncer cervical é considerada muito elevada. Os índices de morbi-mortalidade declinaram nas últimas quatro décadas, graças a programas de triagem por *Papanicolaou* e ao progresso no tratamento da doença invasiva. Mesmo com essa evolução, a Sociedade Americana de Câncer estima em catorze mil o número de casos novos de carcinoma cervical invasivo a cada ano. Das mulheres afetadas pela doença, aproximadamente sete mil falecerão (Copeland, 1996).

A esse respeito, Crowther (1994), informa que a incidência

de NIC III vem crescendo nos últimos vinte anos no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, de todos os casos de câncer cervical diagnosticados, 80% ocorrem nos países em desenvolvimento. Dentre estes países, o Brasil apresenta um dos maiores índices de morbimortalidade por câncer de colo uterino. A doença representa 15% do total de casos de cânceres e é responsável por 8% dos óbitos por câncer entre mulheres com mais de quinze anos de idade.

Muito embora tenha sido o Brasil um dos primeiros países, no mundo, a realizar a citologia de *Papanicolaou*, os índices de morbimortalidade por câncer cervical não registraram nenhuma queda, nos últimos vinte anos. Só no ano de mil novecentos e noventa e sete, o câncer de colo uterino foi responsável pela morte de cinco mil setecentos e sessenta mulheres em todo o território nacional. (Brasil, 1998).

Dados epidemiológicos do INCA (1998), estimam ainda que, no Brasil, o câncer de colo de útero, seja o segundo mais comum na população feminina, só superado pelo câncer de mama.

A incidência da patologia sofre variações de acordo com a Região e o Estado. Exemplificando: São Paulo, 35/100.000; Recife, 83/100.000 e Fortaleza 47/100.000. Estas diferenças são atribuídas ao estilo de vida, ao comportamento sexual e as medidas de saúde

pública adotadas contra as doenças tidas como evitáveis. (Xavier, 1998).

Segundo a OMS, doença evitável é aquela que tendo importância em saúde pública, tenha história natural conhecida e permita a utilização de métodos diagnósticos de fácil execução de baixo custo, e que sejam também bem aceitos pela população.

Ainda que seja o carcinoma de colo uterino, uma patologia capaz de ser enfrentada com tecnologia de baixo custo em termos de prevenção e detecção precoce, através do esfregaço de Papanicolaou, a estimativa do Instituto Nacional de Câncer / Ministério da Saúde foi de que, em mil novecentos e noventa e oito, deveriam ocorrer, no Brasil, vinte e um mil, setecentos e vinte e cinco novos casos e seis mil, oitocentos óbitos pela doença (BRASIL, 1998). Esta estimativa é considerada alta e inaceitável, até mesmo pelo fato de que essa neoplasia tem evolução lenta, permitindo a aplicação de programas de rastreamento e tratamento precoce, com relação *custo-benefício* altamente vantajosa, se comparada aos gastos despendidos com pacientes que apresentam a doença em estágios mais elevados.

No Brasil, a baixa cobertura e efetividade dos programas existentes, aliadas às dificuldades de acesso ao tratamento dos casos detectados, deixam a população feminina quase inteiramente à mercê

dos riscos de adoecer e morrer por câncer. (Aquino, 1989).

Trabalho realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil revelou que, de cada mil mulheres brasileiras, com idade acima de quinze anos, somente cento e nove realizaram o exame *Papanicolaou*, no ano de mil novecentos e noventa e seis. Segundo resolução da Lei nº 8.080/89, esse exame é oferecido gratuitamente à população feminina, do país, de um modo geral, sendo esses serviços de responsabilidade dos municípios, com auxílio do Estado. Há, inclusive, portaria governamental, que dispendo sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde.

A baixa cobertura do teste de Papanicolaou, no Brasil, torna-se ainda mais grave em razão de determinantes sócio-econômicos, tais como: baixa escolaridade, desinformação e ausência de renda familiar, compatível com as necessidades de sobrevivência. Nesse contexto, as dificuldades de acesso aos serviços para detecção e tratamento precoces, a ausência de medicamentos, a baixa oferta de profissionais qualificados, exacerbam ainda mais o quadro de miséria e de abandono da população.

Foi com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade por câncer cérvico-uterino, através da detecção precoce pelo exame Papanicolaou e tratamento oportuno e adequado do câncer e das

lesões precursoras, que o Ministério da Saúde lançou a Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino.

Impulsionado pelas estatísticas, o Governo Federal assumiu o compromisso, durante a VI Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China, em setembro de mil novecentos e noventa e cinco, de melhorar a qualidade de vida da mulher, em nosso país. No dia oito de março de mil novecentos e noventa e seis, em comemoração ao Dia Internacional da Mulher, foi assinado um protocolo de intenções pelo Exm.º Presidente da República propondo o desenvolvimento de uma ação nacional, configurada na Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino.

Conforme portaria Nº 79, de seis de julho de mil novecentos e noventa e oito¹, o Ministério da Saúde definiu um mecanismo de incentivo à realização do exame de prevenção, incluindo na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), procedimentos exclusivos para a Campanha Nacional de Prevenção de Câncer de Colo Uterino, garantindo Kit descartável para realização, individual, do exame de Papanicolaou. Às Secretarias de Saúde (SESA) coube divulgar e coordenar a campanha, no âmbito estadual.

¹ Republica no D. O . U Nº 148 , Seção I , dia 05/08/1998

Diante do exposto, questiona-se: a Campanha Nacional de Combate de Câncer de Colo Uterino trouxe contribuições para diminuição dessa problemática, no Estado do Ceará? - Qual teria sido a participação da enfermeira nesse processo?

1.2 Envolvimento com a temática

O interesse pelo desenvolvimento deste estudo, surgiu da minha experiência como enfermeira, inserida no contexto institucional de proteção à saúde das mulheres que buscam o serviço de ginecologia, para realização de exames preventivos de câncer de colo uterino.

Há doze anos me dedico a esse tipo de assistência, no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC). Data de, aproximadamente, quatro anos, minha nomeação para a Coordenadoria de Enfermagem desse serviço. Justifica-se, assim, minha participação, como membro da subcomissão de infra-estrutura no Estado do Ceará, na 1ª Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino, realizada no período de dezoito de Agosto a trinta de Setembro do ano de mil novecentos e noventa e oito.

Vivenciando a campanha, que se converteu em programa com participação efetiva da enfermagem e, por estar em contato diário

com profissionais da zona metropolitana da cidade de Fortaleza e do interior do Estado, testemunhei as dificuldades enfrentadas no desenvolvimento das atividades programadas. Não fugiu da minha compreensão que tais dificuldades figuraram como variáveis, necessitando, portanto ser consideradas, face ao objetivo da Campanha ser o de alcançar valores de cobertura almejada.

A consideração destas variáveis estaria exigindo, ainda, fosse dada uma resposta ao fato de, muitas vezes, embora havendo compromisso e empenho das equipes de trabalho, as metas estabelecidas na programação.

A expectativa é que, diante de dados consistentes, possam ser propostas medidas de suporte para subsidiar as próximas campanhas de prevenção de câncer de colo uterino que porventura venham a acontecer em nosso Estado, possibilitando maior eficácia das estratégias, em execução, haja vista, nesse caso, o trabalho ter respaldo na experiência prática e nas sugestões de profissionais que já vivenciaram esse processo.

Acredita-se, pois, ser esta uma contribuição para o favorecimento e aprimoramento das campanhas de prevenção do câncer ginecológico em seus aspectos organizacionais de programação, divulgação e cobertura; não se pode esquecer, todavia,

que a erradicação da doença depende muito mais de ações básicas de prevenção e controle dos fatores pré-disponentes, de políticas de proteção à saúde da mulher, além de uma população bem informada e apta a reivindicar os direitos que lhes são devidos.

1.3 O Instituto de Prevenção de Câncer do Ceará (IPCC) e a atuação da enfermeira

Funcionando como centro de referência para todo o território estadual, o IPCC tem, como missão primária, a realização de exames preventivos do câncer ginecológico e o tratamento clínico e cirúrgico de lesões pré-cancerígenas, e cancerígenas quando identificadas nos seus estágios iniciais. Não obstante, realiza também acompanhamento das pacientes mastectomizadas e das que se encontram no climatério, planejamento familiar, acompanhamento dos pacientes que fazem uso de medicamento especial para osteoporose, dentre outros. O atendimento ao público é realizado por equipe multiprofissional, com cobertura de uma demanda média de seiscentos clientes/dia.

No IPCC, a enfermeira atua em diversas atividades, com destaque para: consulta de enfermagem; colheita citológica; orientações para o auto-exame de mamas; coordenação de atividades educativas sobre os temas da promoção de saúde, prevenção e

diagnóstico precoce das doenças que atingem a mulher.

A enfermeira pode, ainda, atuar nos diversos níveis de atenção à saúde, hierarquizada segundo seu grau de resolutividade (primária, secundária e terciária), bem assim desenvolver ações de coordenação e de execução. No que tange ao envolvimento com estas atividades, o Ministério da Saúde potencializou a atuação profissional, conferindo autoridade à enfermeira para solicitar e colher material destinado ao exame citológico, necessitando, para tanto, de prévio treinamento.

A Lei do Exercício Profissional Nº 7498 BRASIL, (1986), prevê que a enfermeira atue no planejamento, execução e avaliação de programa de saúde, planos assistenciais de saúde e planos de enfermagem.

Quando utiliza estratégias de prevenção, a enfermeira visa à eliminação ou redução do risco de enfermidades, bem como de seus efeitos para a pessoa assistida. Nesse propósito, atua nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária.

Na realidade do IPCC, a atuação da enfermeira é centrada na prevenção primária, no momento em que realiza, a coleta citológica, nível ambulatorial e orienta o auto-exame de mama.

É a identificação de anormalidades que leva a paciente a ser

encaminhada, de modo a ser dado diagnóstico definitivo, possibilitando o tratamento precoce e eficaz, diminuindo os efeitos adversos e prevenindo, assim as complicações.

De tal forma, a recuperação e promoção da saúde são metas da enfermagem no IPCC. Ressaltando-se o seu esforço no lançamento de uma proposta de assistência, capaz de alcançar o indivíduo, a família e a comunidade.

Uma outra atividade das enfermeiras, com estação ao IPCC, está voltada para o treinamento oferecido a esses profissionais de enfermagem, com o objetivo de qualifica-los e dotá-los de conhecimentos e de habilidades necessárias à realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino, atividade que passarão a desempenhar, muitos deles, no interior do Estado.

Esta é uma maneira do serviço de enfermagem contribuir para a descentralização do exame e colheita de material, favorecendo a ampliação e cobertura no atendimento da população feminina pelo teste Papanicolaou.

1.4 Objetivos

Geral

- Avaliar os resultados da Campanha Nacional de Prevenção

do Câncer de Colo Uterino no Estado do Ceará e a participação da enfermeira, no processo.

Específicos

1. Verificar as contribuições da campanha, para redução da problemática do câncer de colo uterino no Estado do Ceará.
2. Analisar, segundo as enfermeiras, o significado de sua participação na Campanha.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Câncer de colo uterino: mecanismos patológico, de evolução e tratamento

O câncer de colo uterino, nas últimas décadas, tem sido tratado como uma séria questão de saúde pública dada a alta incidência, evolução mórbida e taxas de mortalidade.

Segundo Mayol (1989), câncer é um termo genérico, dado a qualquer tipo de proliferação anormal de células, de forma desordenada, diferenciando-se do tecido de origem, ultrapassando os seus limites e disseminando-se primeiro pelas estruturas vizinhas e, depois, pelo resto do organismo.

Para a enfermeira que lida diretamente com o atendimento a mulheres, com essa problemática, é importante ter, em mente, as definições e significados em termos de complicações, podendo, assim, tornar esclarecidas suas clientes.

Deste modo, uma peculiaridade na diferenciação da gravidade do problema está em determinar se a espessura do epitélio apresenta células atípicas. Nos casos positivos, utiliza-se o termo carcinoma "in situ", para as lesões que permanecem em nível epitelial

e, quando as lesões ultrapassam as camadas do epitélio, chama-se carcinoma invasor Robbins (1996), o que traz maiores implicações para o tratamento e a saúde da mulher.

Segundo Copeland (1996), o carcinoma cervical está entre as primeiras doenças malignas que foram identificadas e tratadas com êxito. Trata-se, no caso, de uma patologia de evolução lenta, iniciada com transformações intra-epiteliais, podendo evoluir para um processo invasor somente após muito tempo e sem tratamento direcionado. Alguns autores estimam essa evolução entre dez e vinte anos (Richart & Barron, 1969. Posten et al., 1996 ; Andrade, 1998).

○ O desenvolvimento da neoplasia do colo uterino, a partir do epitélio escamoso normal, ocorre seguindo fases bem definidas. Inicialmente, há uma fase pré-invasora, em que a doença fica restrita ao epitélio escamoso cervical, não ultrapassando a sua membrana basal.

Esta fase engloba, do ponto de vista histopatológico, os três graus iniciais das chamadas neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC). A primeira, NIC I, corresponde à displasia leve, atingindo apenas o terço inferior do epitélio. A fase seguinte, NIC II, corresponde á displasia moderada, que comprometendo até dois terços da espessura do epitélio. E a NIC III, correspondente à

displasia acentuada e comprometendo quase toda a espessura do epitélio (INCA, 1995:31).

As neoplasias intra-epiteliais e as displasias leves e moderadas, são lesões reversíveis, se devidamente reconhecidas e tratadas. Ultrapassando os limites da membrana basal, a neoplasia torna-se invasiva de tecidos vizinhos ao epitélio (ou seja, ainda restrita ao colo) e de órgãos próximos (vagina, paramétrios, linfonodos pélvicos e mucosas da bexiga e do reto) ou distantes (pulmões, fígado, ossos e linfonodos).

A associação entre o câncer cervical e as doenças sexualmente transmissíveis (DST) tem sido observada durante muito tempo. Os primeiros epidemiologistas se dedicaram às DSTs da sua época, gonorréia e sífilis. Alguns fatores etiológicos potenciais, como a infecção sexual crônica ou a exposição ao esmegma, também foram sugeridos como agentes causais. (Copeland, 1996).

À medida que, as técnicas epidemiológicas evoluíram, tornou-se evidente que esses eram apenas fatores associados e não agentes causais, em si.

No início das décadas de sessenta e setenta, a atenção voltou-se para o vírus do herpes simples. Foi observado que muitas pacientes, com lesão pré-invasiva da cérvix, tinham infecções

concomitantes com o vírus do herpes simples do tipo 2. (Copeland, 1996; Berkow, 1989).

Na atualidade, a grande preocupação é o papiloma vírus humano (HPV). Berkow (1989), salienta que a transmissão venérea do vírus do Papiloma humano (HPV) e do herpes tipo 2 (HSV-2) foram implicados como importantes na citologia da neoplasia cervical.

No início da década de setenta, foi observada uma associação entre infecção por papilomavírus humano, produzindo condilomas e displasia cervical. Porém, ainda hoje, faltam indícios definitivos de que a infecção por papilomavírus humano isoladamente, pode desenvolver o câncer cervical. Na verdade podem estar envolvidos, no processo, outros agentes ou co-fatores. Foi observado que certos subtipos do papilomavírus humano representam, aparentemente um papel na evolução da doença cervical de displasia para carcinoma "in situ", a doença invasiva.

Também foi relatado na reunião da organização Pan Americano de Saúde, realizada em mil novecentos e oitenta e cinco, que os vírus do Papiloma genital, transmitidos sexualmente, causam o condiloma ou displasia Papilomatosa.

Carvalho (1996) corrobora essa assertiva quando revela, com seus estudos, que certos tipos de HPV são responsáveis por

mais de 90% de todos os tipos de câncer de colo uterino. Isso torna-se grande preocupação em saúde pública, principalmente quando Dias (1993), revela que o aumento da infecção pelo HPV tem aumentado em decorrência das mudanças de hábitos sexuais.

Muñoz e Basch (1996), em estudos realizados, puderam constatar que, infectando a cérvix, o HPV-16 é responsável pelo maior número de casos de câncer de colo uterino e, em segundo lugar, o HPV-18. Segundo Gompel & Koss (1997) já são conhecidos mais de setenta tipos de HPV que infectam os epitélios de pele e mucosa.

No estágio inicial, a doença é geralmente assintomática, porém, no câncer invasor, está presente uma leucorréia sanguinolenta, purulenta e fétida, acompanhada por sangramento.

Sabe-se, hoje, que diversos fatores estão associados ao câncer cervical. O início cada vez mais precoce das atividades sexuais e a multiplicidade de parceiros, têm acarretado um aumento significativo das DSTs, muitas delas estando diretamente relacionadas ou tendo sérias implicações com o surgimento e evolução do câncer cervical. (Andrade, 1998, Grime, 1996).

Nesse contexto, Rosemberg (1999), ressalta a prevalência do câncer cervical mais elevada em mulheres tabagistas e nas fumantes passivas.

De igual forma, o uso prolongado de contraceptivos orais está relacionado com o câncer cervical. Muito embora o risco aumente, de acordo com o tempo de uso, esta relação não está bem esclarecida devido ao controle de outros fatores como: história sexual e exame de Papanicolaou realizado com freqüência.

Reforça Carvalho (1996), que todos esses fatores acima citados, acrescentando a esse conjunto de predisponentes ao câncer ginecológico as erosões prévias do colo uterino e as infecções crônicas.

Para a realidade da maioria de miseráveis do nosso país, as carências nutricionais, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde para exames preventivos e de detecção precoce, somados a um inadequado acompanhamento terapêutico, agravam ainda mais o quadro mórbido da doença.

Em pesquisas científicas, Ferrigno & Faria (1995), ainda relacionam a baixa demanda ao exame preventivo à alta incidência de casos de câncer cérvico-uterino, apontando como causa, o medo do exame, o receio do resultado, a vergonha do próprio corpo, a ansiedade, em virtude do clima de sexualização e a ignorância/desinformação da clientela. No âmbito da sociedade, essas questões são tão presentes ao ponto de bloquear mecanismos

naturais de impulso-defesa das mulheres, inibindo o alcance da gravidade do problema e da valorização do exame ginecológico, como medida de caráter preventivo. (Lopes, 1996).

O diagnóstico precoce do câncer de colo uterino é, pois, a única medida que favorece a cura. Recursos terapêuticos disponíveis, quando utilizados nas fases iniciais do câncer de colo uterino, têm demonstrado sua eficiência (Vieira, 1989, Lopes & Souza, 1995). Porém, infelizmente, a maioria das mulheres chega aos serviços de saúde na fase sintomática, quando já se encontram em estágios avançados da doença.

Somente através de programas de prevenção, pode-se alcançar, de forma efetiva e com baixo custo, o controle da doença. O exame citológico cervical periódico, realizado na fase assintomática, permite o diagnóstico precoce, principalmente da neoplasia intra epitelial cervical - (NIC), considerada lesão precursora.

Essas lesões pré-cancerosas do colo do útero são caracterizadas por uma desorganização do epitélio (Richart & Nuovo, 1997; Santana, 1993; Novak, 1997). Como aproximadamente 55% das alterações ocorre na função escamo celular (JEC), é necessário que o material colhido contenha elementos representativos dessa área. Convém lembrar que a JEC é a linha de encontro entre o epitélio

escamoso e glandular. Muitas vezes não é possível a coleta de material dessa área com a espátula, porém, com o uso da escovinha, é possível se fazer a coleta do material endocervical.

O trabalho de prevenção do câncer de colo uterino baseia-se em rastreamento da população feminina sintomática e assintomática, através de diagnóstico precoce.

O exame de Papanicolaou é o procedimento diagnóstico mais indicado. Resume-se na raspagem de células descamadas esfoliadas, no conteúdo cérvico - vaginal, através da introdução do espéculo no canal vaginal, até permitir a colheita citológica. Tal procedimento deve ser realizado no ectocérvice (parte externa do colo), com a espátula de Ayre e, em seguida na endocérvice (parte interna do colo), com a escova endocervical, realizando um movimento rotativo de trezentos e sessenta graus nos dois procedimentos.

A partir daí, o material das duas amostras é espalhado em uma única lâmina, de maneira delicada, a fim de que o esfregaço se apresente uniforme. (Brasil, 1994).

Kurman, (1997), considera amostra adequada a lâmina com identificação apropriada, informações clínicas relevantes como idade, dia da última menstruação e números adequados de células epiteliais

escamosas endocervicais.

Com o objetivo de garantir uma qualidade dos esfregaços, as mulheres devem ser orientadas, previamente, para que não utilizem creme vaginal, nem ter realizem duchas vaginais, não estejam menstruadas e, tampouco tenham relações sexuais nas vinte e quatro horas antecedentes ao exame. O melhor período para a coleta do esfregaço é no meio do ciclo, entre os dias doze e quinze do ciclo menstrual (Brunner & Suddarth, 1998).

A fixação do esfregaço visa à conservação do material colhido, mantendo as características das células. Esta deve ser procedida imediatamente após a colheita. Em campanhas, é utilizado, ainda, a técnica Propinilglicol (Citospray), que consiste em borrifar a lâmina com um *spray* fixador, a uma distância de vinte centímetros. INCA (1998). Depois da fixação, as lâminas são adequadamente acondicionadas no porta lâminas e enviadas ao laboratório de citologia.

Os esfregaços vaginais são corados pela técnica de Papanicolaou, capaz de permitir o estudo a morfologia e o diagnóstico cito-hormonal, pelo reconhecimento de imagens que são características.

O teste de Schiller é feito para diferenciar as alterações da

mucosa cérvico-vaginal, dadas as propriedades que têm as células de se impregnarem com a solução de Lugol, corando em grau variável, conforme o teor de glicogênio que contêm.

O teste é feito da seguinte forma: faz-se a limpeza do colo do útero com a solução de ácido acético a 5% embebida em algodão; esta solução é mucolítica, dissolvendo, portanto, dissolve o muco cervical. Em seguida, faz-se a embrocção cérvico-vaginal de solução de Lugol. O Lugol é uma solução iodo-iodenada que tem, como propriedade, reagir com o glicogênio produzido pelas células escamosas que revestem o colo uterino, tornando o epitélio castanho escuro, significando quase sempre um epitélio sadio (INCA, 1994).

A interpretação do teste de Schiller é feito com base no grau de fixação do iodo pelas células, de acordo com a descrição abaixo:

Imagem	Interpretação
Iodo positivo	Schiller negativo
Iodo claro	Schiller negativo
Iodo negativo	Schiller positivo

Todas as pacientes com resultados citopatológicos de NIC I, NIC II e NIC III e carcinoma invasor, devem ser submetidas a procedimentos adicionais de diagnóstico e ou terapêutico, o mais rápido possível (Ceará, 1998).

As citologias com diagnóstico de neoplasia intra-epitelial (NIC I displásia leve), alterações de diferenciação celular, se limitam ao terço inferior do epitélio de revestimento da cérvix. As pacientes, com esses resultados, devem tratar os processos inflamatórios e repetir a citologia após seis meses, além de realizar a colposcopia.

A neoplasia Intra-epitelial II e III são alterações de diferenciação celular atingindo dois terços do epitélio pavimentoso de revestimento do colo ou atingem toda espessura epitelial, desde a superfície até o limite da membrana basal, em profundidade. As pacientes com este diagnóstico citológico, devem ser submetidas à colposcopia e com exérese completa da lisa (Manual de Normas).

As pacientes com diagnóstico citológico de adenocarcinoma "in situ", devem, depois da colposcopia e do resultado da biópsia confirmado, serem encaminhadas para a conização.

Os casos de carcinoma epidermóide e adenocarcinoma invasivo, após a colposcopia e biópsia confirmada pelo histopatológico, devem ser encaminhados para tratamento na unidade terciária (Novak, 1977 & Silva, 1991).

2.2 A campanha, como estratégia de combate aos problemas de saúde pública.

Campanha é uma estratégia que visa ao aumento da

cobertura, através de um trabalho mais dinâmico, usando um atendimento de uma determinada população (risco), dentro de um prazo estabelecido.

A diferença de campanhas e programas está, essencialmente, no período de tempo em graus que ambos se desenvolvem; a campanha, é por um período de curta duração, enquanto que o programa, pode e deve continuar, indefinidamente.

Campanha pressupõe atividades a prazo curto, dentro de esquema pré-determinado, que estabelece e cumpre metas estabelecidas. As Campanhas se desdobram, para tanto, em etapas compreendendo a execução, supervisão, vigilância e avaliação (Rodrigues, 1979).

A avaliação concomitante de todas as etapas que constituem a campanha, conhecendo e tendo oportunidade de trabalhar cada um dos resultados, é tarefa imprescindível. Tal avaliação deve envolver os organizadores em atividades de pesquisa e levantamentos epidemiológicos, administrativos e de educação, sendo conduzida segundo normas e instruções específicas, quando se trata de programa de controle.

O objetivo de uma campanha pode ser o controle ou erradicação de uma doença específica. Uma campanha visa à

interrupção total da transmissão da doença; seu objetivo definitivo é conseguir que a doença desapareça de uma região, de um país ou do mundo.

Uma campanha de controle é muito menos ambiciosa; seu objetivo final é reduzir as taxas de morbidade e de mortalidade da doença, ou fazer cessar uma epidemia. Normalmente, uma campanha de controle se dá em prioridade às populações mais afetadas pela doença.

De acordo com Rodrigues (1979), as campanhas, com propósito de controle ou erradicação, foram incentivadas pela Organização Mundial de Saúde, partindo do critério de que os gastos anuais de programas de controle seriam infundáveis e crescentes, enquanto um programa de erradicação bem conduzido, implicaria gastos vultosos, em apenas determinado período, compensando os investimentos feitos.

Não obstante, as campanhas, por terem um caráter transitório, podem representar um recurso deseducativo, pelo fato de que as pessoas, via de regra, deixam de tomar atitudes sistemáticas de cuidado, ficando à espera de uma campanha, o que poderá implicar risco de considerável valor.

Se não houver envolvimento de gestores, secretários e

prefeitos, nesse processo, favorecendo as condições necessárias para a Campanha, ela poderá não atingir os objetivos propostos. Na verdade, se existisse um sistema de saúde organizado, com permanentes investimentos na prevenção, não haveria necessidade de realização de campanhas. Todavia, em geral, as coberturas de serviço de saúde não são satisfatórias por falta de informação, por falta de motivação e de conhecimento da comunidade e ainda pelo difícil acesso aos serviços.

2.2.1 Campanha: visão histórica

Em mil oitocentos e noventa e oito e mil novecentos e dez, ocorreram, no Brasil, e, em especial, nos principais portos brasileiros (Santos, Rio de Janeiro, Recife), as primeiras campanhas sanitárias, integradas em um vasto programa de saneamento marítimo, em nível mundial e sob imposição do imperialismo internacional.

Essas Campanhas prosseguiram, como medidas de saneamento dos pontos de extinção dos cortiços, produzindo alterações dos coeficientes de mortalidade. Por conta delas, a mortalidade causada pela varíola continuou a diminuir, em número, muito embora, contingentes ponderáveis da população, passem a significar uma ameaça à força de trabalho.

Data desta época, mesmo entre as classes dominantes, a ocorrência da malária e tuberculose, doenças que ainda em meados do século XX, continuaram a ter importância fundamental nas taxas de mortalidade.

As políticas sociais do Brasil foram sempre voltadas para os interesses sócio - econômicos e políticos do País. No início do século, a economia do país era, principalmente, agro-exportadora, pela cultura do café. Com isso houve um aumento da população, surgimento da mão-de-obra assalariada de brasileiros e imigrantes europeus. Nessa época, foi necessário adotar uma política voltada para o saneamento nos espaços de circulação de mercadorias.

A ancilostomíase e a malária também tiveram sua importância, principalmente nas zonas cafeeiras do Estado de São Paulo. Como a produtividade do trabalho era um elemento tão importante quanto o saneamento terrestre pelo controle de doenças debilitantes, as campanhas sanitárias tiveram, então, uma outra função: a de estabelecer, dentro dos princípios prevaescentes de ordem e de progresso, uma área específica de atividade estatal, devidamente organizada; em nível nacional, a função seria a de formar os intelectuais necessários a essa organização.

Em mil novecentos e seis, a missão desloca-se para Itaitinga

(São Paulo) para possibilitar "as obras de construção de usina hidrelétrica, empreendida pela Companhia Docas de Santos, e que haviam sido suspensas, em razão da epidemia de impaludismo que grassava entre trabalhadores" (Fonseca Filho, 1974). Foi essa a primeira campanha antimalária, no Brasil, posteriormente deslocada para Xerém (Rio de Janeiro), a fim de assegurar os trabalhos de prolongamento da rede de abastecimento de água; daí seguiu para Minas Gerais, com finalidade de garantir o prolongamento das linhas da Estrada de Ferro Central do Brasil, até Pirapora.

Na mesma época, Artur Neiva é encarregado de importante campanha contra a malária que estava prejudicando a construção da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil, no Estado de São Paulo.

Em mil novecentos e dez, Oswaldo Cruz foi convidado pelos dirigentes da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, associada a empresa americana Pot of Pará, para dar início à campanha contra a febre amarela, no Pará, que já havia experimentado uma epidemia, em mil oitocentos e cinqüenta, com elevada mortalidade.

Feito o pedido de ajuda Oswaldo Cruz, apresentou esse ao Governador propostas definindo as condições que deveriam ser indispensavelmente observadas, dentre as quais a adoção, pelo Estado, dos regulamentos sanitários, em vigor no Distrito Federal e

dos que regiam os serviços sanitários dependentes da União; a criação de uma Comissão Sanitária da Febre Amarela, também foi definida como prioritária, inteiramente autônoma, o mesmo acontecendo em relação à Comissão de Saneamento. Além destas condições, deveriam ser estabelecidos, através de leis e decretos estaduais, os recursos financeiros e materiais indispensáveis, contribuindo para eficácia das campanhas.

Quando as medidas legitimadas pela ciência não eram suficientes, contrapondo-se às reais condições de vida e provocando resistências, estas só eram removidas à base da utilização de uma coerção maior. Do ponto de vista imediato, o problema ganhava solução ao mesmo tempo em que problemas idênticos eram gerados em outras áreas, com utilização dos mesmo mecanismo de controle. Por essa época imposta medidas pela Comissão Sanitária, tipo: obrigação de residir em outros locais e adoção de certos preceitos de higiene.

No ano de mil novecentos e vinte, houve o saneamento terrestre, na Campanha de Ancilostomíase, tendo essa população sido novamente alvo de atenção profilática.

Na década de trinta, houve um período de muitas epidemias de cólera, febre amarela, varíola, peste bubônica, pelo qual foram

institucionalizadas as campanhas sanitárias.

Os programas de erradicação de esquistossomose e da doença de Chagas dentre outros, são exemplos conduzidos na base de campanhas subordinadas aos órgãos vinculados ao Ministério da Saúde, dispondo aqueles de autonomia técnica, financeira e administrativa.

Entre mil novecentos e sessenta e sete e mil novecentos e noventa e sete desenvolveu-se no Brasil, com o apoio da OPAS/OMS, a Campanha de Erradicação da Varíola. O êxito alcançado resultou na Resolução XVII, do Conselho Diretor da Organização Pan-americana de Saúde, aprovada na Sessão Plenária de dezesseis de outubro de mil novecentos e setenta e três, considerando erradicada a doença nas Américas (Rodrigues, 1979).

Segundo Rodrigues (1979), O Decreto nº 66.623, de vinte e dois de maio de mil novecentos e setenta, dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, basicamente assim estruturada:

I - Órgãos Centrais de Planejamento, Coordenação e Controle Financeiro.

II - Órgão de Assistência direta e imediata.

III - Órgão de Consulta: Conselho Nacional de Saúde.

IV - Órgão de Apoio Internacional.

V - Órgãos Centrais de direção superior:

- a) Secretaria de Saúde Pública;
- b) Secretaria de Assistência Médica;
- c) Departamento de Administração.

VI - Fundo Nacional de Saúde.

VII - Órgão de Atuação Regional .

Essa estrutura básica permitiu que fossem incluídos na Secretaria de Saúde Pública, a coordenação e administração dos órgãos incumbidos das atividades específicas de Saúde Pública, através: de realização das campanhas; do estudo de levantamentos epidemiológico e estatísticas; da educação sanitária; da organização e fiscalização sanitárias.

A Secretaria de Saúde Pública era integrada pelos seguintes órgãos:

1. Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças.
2. SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública.
3. Divisão Nacional de Fiscalização.
4. Divisão Nacional de Organização Sanitária.

À Secretaria de Assistência Médica competia promover e coordenar a assistência médica social, objetivando a proteção à maternidade, à infância e à adolescência; cabia-lhe também promover e coordenar a prevenção e a recuperação da saúde física e mental, bem como realizar perícias médicas.

A Secretaria de Assistência Médica era integrada pelos seguintes órgãos:

I - Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar.

II - Coordenação de Proteção Materno-Infantil.

III - Divisão Nacional de Saúde Mental.

IV - Divisão Nacional de Câncer.

V - Divisão Nacional de Perícias Médicas.

À Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM, foi atribuída a execução direta de atividades de erradicação e controle de endemias, nas áreas apresentando riscos atual ou potencial.

Nova reforma de estrutura foi dada ao Ministério da Saúde, através do Decreto nº 74.891, de treze de novembro de mil novecentos e setenta e quatro, proporcionando-lhe organização compatível com suas atribuições legais. Modificações relevantes foram então definidas para implantação até o final do ano de mil

novecentos e setenta e seis, tais como:

As Secretarias de Saúde e Assistência Médicas foram englobadas, passando a constituir a Secretaria Nacional de Saúde, com vista a reforçar o conceito de que não existe dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica.

A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM, passou à subordinação direta do Ministério de Estado, dispondo de maior flexibilidade técnica e administrativa, sendo elevada a órgão de primeira linha.

2.2.2 As campanhas e o câncer de colo uterino

No Brasil, por volta do início do século vinte, foram desenvolvidas as primeiras ações para o controle do câncer. Segundo Rouquayrol (1998), estas ações estavam direcionadas praticamente para o diagnóstico e tratamento da doença. Pouca importância era, no entanto, dada à prevenção.

Não obstante, os cirurgiões apontavam, para o final do mesmo século, a conscientização de que, quanto mais precoce fosse o diagnóstico e o tratamento do câncer, melhor seria o prognóstico da doença. Com isso, iniciaram-se as preocupações com as atividades de prevenção e de diagnóstico precoce da doença.

As campanhas realizadas, a partir de então, foram no intuito da prevenção, e visando alcançar as mulheres que não realizam, com regularidade, exames preventivos. Nesse sentido, a influência da mídia tem sido definitiva, atuando com eficácia no propósito de sensibilizar a população.

Na Campanha de Prevenção do Câncer de Colo Uterino, realizada no Estado do Ceará, em mil novecentos e noventa e oito, a mídia foi um recurso que despertou grande número de mulheres, levando-as aos postos de coleta para realização da prevenção do câncer ginecológico.

Sabe-se, hoje, que a grande morbidade imposta pelo câncer na atualidade, sofre influência, também, da qualidade e disponibilidade de serviços especializados. Para que qualquer proposta de controle ou combate ao câncer funcione, é necessário vislumbrar o alcance dos grupos considerados de risco, dada à pouca instrução/informação e à baixa condição sócio-econômico.

É nesse sentido que o sistema de campanha se faz desejado, justo por permitir, em condições extraordinárias de funcionamento, que os serviços voltem sua atenção para uma problemática específica. Todavia, a adoção do termo campanha serve para designar aqui programas bem definidos, que se ocupam de

As campanhas realizadas, a partir de então, foram no intuito da prevenção, e visando alcançar as mulheres que não realizam, com regularidade, exames preventivos. Nesse sentido, a influência da mídia tem sido definitiva, atuando com eficácia no propósito de sensibilizar a população.

Na Campanha de Prevenção do Câncer de Colo Uterino, realizada no Estado do Ceará, em mil novecentos e noventa e oito, a mídia foi um recurso que despertou grande número de mulheres, levando-as aos postos de coleta para realização da prevenção do câncer ginecológico.

Sabe-se, hoje, que a grande morbidade imposta pelo câncer na atualidade, sofre influência, também, da qualidade e disponibilidade de serviços especializados. Para que qualquer proposta de controle ou combate ao câncer funcione, é necessário vislumbrar o alcance dos grupos considerados de risco, dada à pouca instrução/informação e à baixa condição sócio-econômico.

É nesse sentido que o sistema de campanha se faz desejado, justo por permitir, em condições extraordinárias de funcionamento, que os serviços voltem sua atenção para uma problemática específica. Todavia, a adoção do termo campanha serve para designar aqui programas bem definidos, que se ocupam de

atividades de controle, que não se alongam indefinidamente e nem constituem projeto rotineiro de trabalhar determinada doença. Nesse aspecto, a campanha tem as seguintes funções:

- Atua como sistema de divulgação, esclarecendo a população e desmistificando o medo de realizar o exame. O caso da prevenção ginecológica, cria um efeito cascata da informação de uma pessoa para outra, com convencimento mútuo para realização da atividade.
- É um recurso pedagógico, educativo e de sensibilização coletiva, servindo de estímulo às pessoas para que busquem o recurso disponível e o tratamento recomendado.
- Consegue cobertura epidemiológica, em um curto espaço de tempo, para grande número da população.
- É capaz de mobilizar instituições governamentais e a própria população para conseguir os recursos sociais necessários ao enfrentamento do problema que afeta a comunidade, de um modo geral.

2.3 O processo de avaliação

A avaliação é um processo sistemático, que permite

acompanhar os progressos alcançados e corrigir, em tempo, os desajustes ocorridos.

A finalidade da avaliação é a busca do aperfeiçoamento, através do planejamento e da organização de um fluxo regular de dados e informações significativas. Do ponto de vista quantitativo e qualitativo, corresponde à análise das informações reunidas, para verificar se o projeto está sendo realizado conforme o planejado ou se surgiram dificuldades e restrições que estejam a exigir uma solução imediata, ou mesmo se aconteceram imprevistos que imponham a revisão dos objetivos, suposições, estratégias e procedimentos de execução do projeto (ONU, 1984).

Segundo Malik (1996), a avaliação deve ser utilizada como instrumento para verificar algo que se deseja comprovar e que, de fato, acontece. Não obstante, ela só tem significado se os resultados levarem a alguma decisão de mudança das atividades ou, em outras situações, comprovar a necessidade de se conduzir o processo tal qual foi programado.

Para Champagne (1985) e James (1969), avaliar é fazer um juízo sobre uma atividade, um recurso ou um resultado. Em Tyler (1942), avaliação é o processo que tem por objetivo determinar os objetivos previamente estabelecidos e alcançados.

Nesta mesma linha de raciocínio, as definições mais recentes consideram consistir a avaliação em processo de análise das discrepância entre o que é e o que deve ser - em outras palavras, a disparidade entre uma situação desejada/esperada e outra *existente/real*. (Kaufman e English, 1979) Fazer avaliação, significa, portanto, conhecer a realidade, para decisões acertadas, sejam tomadas, com a finalidade de aperfeiçoamento ou mesmo do alcance de condições mais favoráveis ao andamento de determinado processo de trabalho.

Nesses termos, o conhecimento da realidade consiste em identificar os acertos e as inferências, as vantagens e as dificuldades que levam a uma reflexão sobre as razões, as causas das situações positivas e das insuficiências. Deve, pois, constituir - se num processo participativo, através do qual a equipe multiprofissional e a comunidade possam buscar, na reflexão conjunta, soluções para os problemas de Saúde (Belloni , 1996).

A tomada de decisão, por sua vez, é a ação indispensável à avaliação. Conhecidas as estratégias, é necessário disseminá-las, generalizando o sucesso. É preciso deixar as velhas formas, modificar radicalmente o que funciona mal ou com baixa qualidade e, ainda, elaborar opções para a introdução de novas formulas e caminhos que

conduzam ao aperfeiçoamento.

Aperfeiçoamento, por outro lado, implica, necessariamente, em melhoria da qualidade do serviço e da qualidade de vida. A avaliação tem importante papel na identificação dos fatores que interferem, favorável e negativamente na aquisição de qualidade, ao funcionar como subsídio para a tomada de decisão.

Portanto, faz-se na avaliação um julgamento da situação sobre dados relevantes da realidade, tendo em vista uma tomada de decisão mais acertada.

Alguns autores desenvolveram seu próprio conceito do que seja avaliar. Para Demo (1996), avaliação coincide com pesquisa, quando esta é entendida como uma estratégia de questionamento e diagnóstico da realidade, para, com conhecimento adequado, poder intervir melhor. A avaliação é, assim, a necessidade intrínseca da intervenção adequada, pois a efetividade da intervenção depende do conhecimento correto das condições históricas concretas, para poder introduzir nelas o ímpeto de mudança buscado.

Já Saul (1995), apresenta a avaliação como sendo um caminho para transformação, no qual seus dados podem servir a múltiplos propósitos: orientação de decisões de política educacional e econômica para o setor ou, ainda, questionamento da eficiência.

Sob um enfoque administrativo, avaliar significa planejar e organizar um fluxo regular de dados e informações significativos, do ponto de vista quantitativo e qualitativo, bem assim, analisar a informação reunida para verificar se o projeto está sendo realizado de acordo com os planos, se surgem atrasos ou restrições que exijam uma solução imediata, ou se aparecem imprevistos que imponham a revisão dos objetivos, suposições, estratégias e procedimentos de execução do projeto (ONU, 1984; ONU, 1984:21).

Em outra perspectiva, Aguilar (1994), defende a avaliação como sendo uma forma de pesquisa social de aplicação sistemática, planejada e dirigida, com finalidade de identificar, obter e proporcionar, de maneira válida e confiável, dados e informações suficientes e relevantes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa, de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões racional e inteligente, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito, ou ao fracasso de seus resultados.

Segundo muitos outros autores, de uma forma sintética, a avaliação consiste em estabelecer uma comparação do que foi alcançado com o que se pretende atingir (Feversten,1990;

Kesternberg, 1996; Sant'Anna, 1995)

O fato é que na avaliação se faz um julgamento da situação sobre dados relevantes da realidade, com vistas a tomada de decisão. Nesse estudo, a avaliação é utilizada para verificar o alcance dos objetivos programados, identificar os pontos positivos e pontos negativos no planejamento e execução das etapas de campanha, podendo a enfermeira, assim, contribuir de maneira mais efetiva nessa atividade, em situações similares.

3 METODOLOGIA

A referência deste estudo qualitativo, do tipo descritivo, que teve como motivação a Campanha de Prevenção do Câncer de Colo Uterino, realizada no Estado do Ceará, no ano de mil novecentos e noventa e oito.

Segundo Trivinos (1994), o estudo de *caráter descritivo* tem, como ponto de convergência essencial, o conhecimento e a descrição de determinado aspecto da realidade, sem, no entanto, a pretensão de esgotar essa mesma realidade. Salientam, ainda, Rudio (1996) e Gil (1994), o fato de, no estudo descritivo, o pesquisador conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la.

A apresentação e análise dos achados está dividida em duas etapas, que se complementam.

3.1 Primeira etapa: Avaliação das metas de cobertura da Campanha no Estado do Ceará – 1998.

O início da primeira etapa deu com a descrição das fases de elaboração e execução da campanha, no Estado do Ceará. Justifica-se a pertinência dessa descrição, em razão de a autora haver

participado, ativamente, de todo o processo, inclusive consolidando os dados de cada município, juntamente com a coordenadora geral, no Estado do Ceará.

Essa etapa inicial foi entendida para permitir a apreciação dos resultados da campanha, definindo, assim, a realidade local de alcance e contribuições para redução da problemática de câncer de colo uterino. É nesse ponto, que acontece a avaliação, propriamente dita, da campanha de prevenção de câncer de colo uterino no que tange à satisfação ou não das metas de cobertura estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Para contagem estatística dos percentuais de cobertura, foram considerados todos os municípios do Estado, envolvidos na campanha.

De princípio, para efeito de análise da cobertura, tomaram-se, os dados fornecidos pelo MS, estimando em 40%, o número das mulheres, entre trinta e cinco a quarenta e nove anos que, no Brasil, nunca se submeteram ao exame Papanicolaou. Tendo por população-alvo estas mulheres, o objetivo maior da campanha foi delineada para alcançar um percentual mínimo de 70%, cobrindo parte significativa das mulheres enquadradas nessa realidade, no país.

A regionalização dessa realidade levou em consideração

dados do IBGE-Ce (1996), os quais revelaram existir, no Estado do Ceará, quinhentos e trinta e quatro mil, duzentos e setenta e seis (534.276) mulheres na faixa etária de trinta e cinco a quarenta e nove anos. Tendo em conta as metas do MS, foi calculado em duzentos e treze mil, setecentos e dez (213.710) o número das mulheres que, dentro dessa faixa etária, nunca haviam realizado o exame Papanicolaou (40% de 534.276). A campanha, no Estado do Ceará, visou, então, alcançar cobertura de cento e quarenta e nove mil, quinhentos e noventa e sete (149.597) mulheres em todo o seu território; esse número corresponde, exatamente, aos 70% da população-alvo, prevista pelo MS.

Para a análise dos dados da Campanha, foi utilizado o auxílio do programa EPI-INFO, quando, então, foram elaboradas tabelas, quadros e gráficos, bem como calculadas algumas medidas estatísticas, para posterior análise.

A abordagem quantitativa permitiu o agrupamento dos dados coletados, favorecendo, também, a pronta identificação e leitura das informações neles contidas. Minayo (1994), defende que esse método possibilita a captação do objetivo, através de dados consistentes, ou estatísticos.

De acordo com Richardson (1985), além de garantir a

precisão na disposição dos resultados, recursos da abordagem quantitativa podem evitar distorções de análise e interpretação, permitindo, conseqüentemente, uma margem maior de segurança por ocasião das inferências.

Nesse instante, foi necessário recorrer, ainda, a essa abordagem, como forma de descobrir e classificar a relação existente entre as variáveis do estudo, visando ao atendimento aos objetivos inicialmente estabelecidos.

Por ser assim, o trabalho ganhou corpo com o sistema de planilhas para identificação dos catorze DERES do número de municípios que participam de cada jurisdição, contemplando o total de mulheres, em cada município e sua faixa etária. No bojo desse trabalho estavam as metas estabelecidas para atingimento, o total de atendimento realizado e o percentual de meta atingida. (ver anexo II)

Uma segunda planilha foi elaborada, desta vez com o objetivo de apresentar valores de desempenho dos municípios, dentro de cada uma das dezenove DERES (ver anexo III). Daí, todas as informações foram organizadas em suas peculiaridades dispostas em quadros para, em seguida, ser procedida a uma leitura e feita a interpretação dos achados, evidenciando aqueles de maior relevância.

Após leitura dos quadros, foi escolhida a apresentação

gráfica das informações obtidas, como recurso para favorecer a visualização do fenômeno, na configuração em que ele se apresenta.

3.2 Segunda etapa: Avaliação das metas de cobertura da Campanha de prevenção de câncer de colo uterino, no Estado do Ceará - 1998

A Segunda etapa do estudo pautou-se na busca de evidências da participação das enfermeiras na campanha, ou seja, como essas profissionais vivenciaram o evento, quais as principais dificuldades enfrentadas para viabilização da campanha e que benefícios foram gerados à sua conta. Foi definido como população, a equipe integrada por todas as enfermeiras, da capital e do interior do Estado, que participaram da campanha.

Para a coleta de dados foi enviado, durante os meses de março e abril de mil novecentos e noventa e nove, às enfermeiras que trabalharam na Campanha, questionário semi-estruturado (anexo I) com vistas ao seu preenchimento. Responderam ao questionário duzentos e trinta e nove profissionais (239) de cento e cinco municípios (105), dentre os cento e oitenta e quatro (184) existentes no Estado do Ceará. Em alguns desses municípios, o trabalho, na Campanha, não foi limitado a uma só enfermeira, donde o número maior de respostas ao instrumento. Nos demais municípios

contatados, setenta e nove (79), não foram obtidas resposta. obteve resposta.

A amostra constou, portanto, das duzentos e trinta e nove (239) enfermeiras que responderam ao questionário, devolvendo-o em tempo hábil, para sua apuração. Para a análise da participação da enfermeira na Campanha, foi procedida leitura criteriosa das respostas obtidas no questionário. Os resultados foram organizados, para que fossem postas à amostra, a evidências de relevância dessa campanha de prevenção do câncer do colo uterino, para as enfermeiras que dela participaram, através das experiências vivenciadas.

Com vistas aos resultados dessa segunda etapa, foi realizada uma análise estatística descritiva, com utilização de tabelas, quadros e gráficos, o que permitiu ao investigador conhecer a realidade vivenciada pelos profissionais que trabalharam na Campanha de Prevenção de Câncer de Colo Uterino.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 Primeira etapa de análise

4.1.1 Etapas de Planejamento/Execução da Campanha e benefícios reais trazidos para o Estado do Ceará

Para a realidade específica do Estado do Ceará, a Campanha de Prevenção de Câncer de Colo Uterino teve importante papel no sentido de favorecer a divulgação e do exame *Papanicolaou* e o acesso ao mesmo, em todos os municípios. Ademais, permitiu a detecção de casos iniciais e lesões pré-cancerosas, abrindo oportunidade ao acompanhamento terapêutico.

A faixa etária de trinta e cinco a quarenta e nove (35-49) anos foi a considerada para fins de campanha, em razão de que o câncer invasivo ser relativamente raro em mulheres com menos de trinta e cinco (35) anos de idade, sendo a maior incidência encontrada, no público feminino, entre a quarta e a quinta décadas de vida (BRASIL , 1998).

A Secretária de Saúde do Estado do Ceará, juntamente com o IPCC, definiram as normas e estratégias operacionais da

Campanha no âmbito estadual, com distribuição aos DERES - Departamento Regionais de Saúde, dos insumos e materiais de divulgação.

O Ministério enviou todo material da campanha para a Secretária de Saúde do Estado - SESA que se encarregou do repasse para os municípios. A distribuição foi feita em três etapas, considerando a grande quantidade e o caráter descartável desse material. Grande parte do mesmo teve sua aquisição, por sinal, através de importação. Algumas remessas de material tiveram demora na entrega, dificultando, quando não impedindo, o desenvolvimento de algumas atividades, dentro dos prazos estipulados. Em conseqüência, alguns municípios trabalharam nos sábados e domingos, para intensificar as atividades de Campanha.

Uma equipe composta por quatro médicos e quatro enfermeiras foi designada para realizar reuniões, treinar e envolver na Campanha os profissionais dos cento e oitenta e quatro municípios, distribuídos, administrativamente, em catorze (14) Departamentos Regionais de Saúde.

Em contatos preliminares, foi constatada a inexistência do serviço de prevenção do câncer de colo uterino em vinte e quatro (24) municípios do Estado do Ceará. Por ser assim, foi direcionado esforço

no sentido de instalar o serviço, nos municípios que apresentavam essa carência. Para tanto, as enfermeiras do IPCC realizaram treinamento das enfermeiras nas áreas até então descobertas.

Além do treinamento de novos profissionais para trabalhar no interior, por conta do IPCC, e da ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem foram treinadas oitenta enfermeiras do Estado, com o objetivo de padronização dos procedimentos técnicos da coleta do material e do teste Papanicolaou. Coube a essas oitenta (80) enfermeiras, a responsabilidade de repassar as instruções recebidas aos demais profissionais, nos seus respectivos municípios.

No treinamento para padronização da técnica, foi introduzido uso da escovinha endocervical na colheita de material para exame. Essa técnica era, até então, desconhecida na prática da enfermagem. Durante a Campanha e após seu encerramento, deu-se prosseguimento ao uso da escovinha, passando esta a constar do material padrão destinado ao exame ginecológico.

Antes da Campanha, toda colheita de material era realizada com utilização da *Espátula de Ayre*, um artifício de madeira que o profissional introduz no canal vaginal até alcançar e remover as células do colo uterino. Dada a consistência do material utilizado, o procedimento realizado somente com a espátula, nem sempre,

permitia a remoção de células endocervicais, inibindo, assim, diagnósticos para câncer de endométrio. O uso concomitante da escovinha endocervical, veio ampliar as possibilidades de diagnóstico. (Silva, 1991).

Com o intuito de viabilizar a leitura do grande número de exames realizados, durante o período da Campanha, o MS, juntamente com a SESA, realizaram convênio com quarenta e dois laboratórios privados, distribuindo, entre si, as lâminas com o material da coleta, na proporção direta do número de funcionários com disponibilidade para execução desse procedimento. Ficou com o IPCC a responsabilidade pelo controle de qualidade da leitura realizada nas lâminas.

Houve, ainda, incentivos por parte do Ministério, alguns incentivos para envolver não só os laboratórios particulares, mas também os públicos, na proposta de Campanha, chegando a financiar as leituras de lâminas com valores acima daqueles normalmente repagos pelo SUS.

Na atualidade, como um reflexo da Campanha, encontra-se um programa em fase de implantação, visando a realização de exames citológicos, em todas as mulheres na faixa etária de vinte a sessenta e nove (20-69) anos de idade. Por conta dessa proposta,

cada município se obriga à realização mensal de um percentual de exames, proporcional à população feminina, na faixa etária estipulada. Para tanto, o Ministério definiu mecanismos de incentivo à realização dos exames de prevenção, garantindo o financiamento mensal do programa, com repasses de verbas, para cobertura das metas estabelecidas, por cada município, assegurando também o fornecimento de todo o material considerado necessário.

Um outro benefício trazido para o Estado do Ceará, em decorrência da Campanha, foi a instalação, em alguns municípios-pólo (Crato, Iguatu, Crateús, Barbalha, Sobral, Tauá e Tianguá), do serviço especializado para realização da cirurgia de 'conização', indicada nos casos mais avançados de câncer de colo uterino. Para realização dessa cirurgia é exigida a utilização de aparelhos de alta frequência (CAF), tendo sido estes já doados pelo MS.

O procedimento com o CAF é considerado eficaz e muito econômico no tratamento do câncer não invasivo, quando comparado ao procedimento cirúrgico convencional. As vantagens são várias, destacando-se a não necessidade da paciente ficar internada, a redução do incômodo da cirurgia, a rápida cicatrização e a diminuição dos riscos de comprometimento sistêmico, por perda excessiva de sangue, dada à precisão do aparelho. Essa técnica possibilita, ao

profissional, tratar neoplasia intra-epitelial do colo do útero, com cirurgia, ao nível ambulatorial. (MANUAL de normas e rotinas em patologia do trato genital inferior e em colposcopia, 1998)

O MS enviou profissionais com experiência em cirurgias, com utilização do CAF., para treinar médicos da capital e do interior. Durante o período da Campanha foram estes, por sinal responsáveis pela realização desses procedimentos cirúrgicos. Mesmo com o encerramento das atividades de Campanha, o pessoal habilitado continuou fazendo uso desse o método de tratamento, nos casos para tanto indicado.

No Brasil, o procedimento da colposcopia tradicional, utilizado para detecção das alterações presentes no colo uterino, há muito é contemplado com registro na tabela do SUS. A partir da Campanha, também a cirurgia de alta frequência passou a fazer parte da tabela, implicando realização/pagamento do procedimento.

Dentre as ações desenvolvidas, as enfermeiras fizeram busca ativa de todas as pacientes com citologia positiva, aprazando tratamento, quando necessário, inclusive por telefone, para impedir solução de continuidade. O comparecimento da cliente, na unidade de saúde, era checado pelo profissional que a acompanhou, até a conclusão do tratamento.

Pinott (1986), já previa a necessidade de detecção, tratamento e seguimento dos casos positivos e a implantação de um trabalho educativo, com o intuito de aumentar a adesão das mulheres ao exame do Papanilaou.

A equipe de enfermagem, da capital, também participou ativamente na consolidação dos dados de cada município, colocando-se à disposição do trabalho dois dias por semana: segunda e sexta-feira. Como estratégia, os municípios enviavam os mapas por fax ou mesmo através do motorista mantido pela prefeitura da cidade, permitindo que em Fortaleza fossem semanalmente atualizadas as planilhas, com o número de mulheres atendidas, por faixa etária.

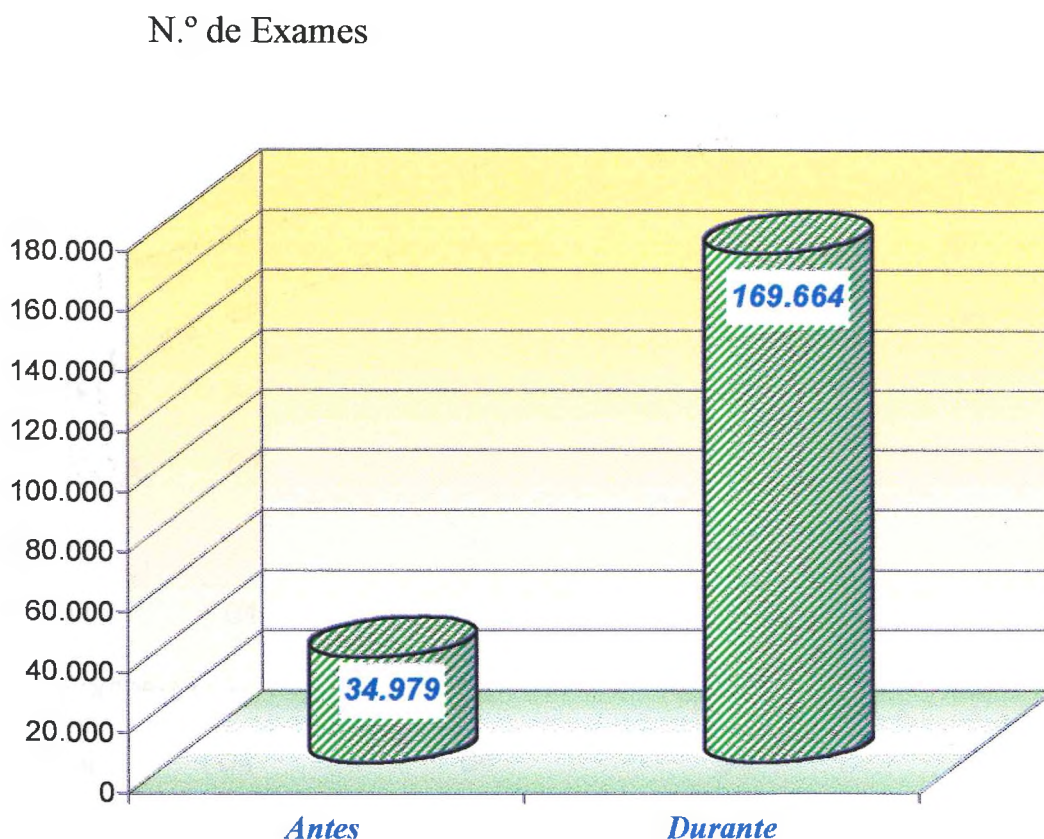
Funcionaram no Estado do Ceará, por conta da Campanha, quinhentos e trinta e oito (538) postos de coleta, sendo noventa (90) em Fortaleza e quatrocentos e quarenta e oito (448) distribuídos entre os cento e oitenta e quatro municípios do interior do Estado.

O MS calcula em vinte e um mil, setecentos e vinte cinco, (21.725) o número de casos novos de câncer de colo uterino detectados somente no ano de mil novecentos e noventa e oito. A Campanha revelou valores 150% maiores que o esperado pelas estatísticas desse ministério, tendo sido detectados em torno de cinquenta e (54.000) quatro mil casos, em todo território brasileiro.

A Campanha teve duração de quarenta e dois (42) dias. Nesse intervalo foram realizados cento e catorze mil, setecentos e sete (114.707) exames, apenas em mulheres na faixa etária de trinta e cinco - quarenta e nove (35-49) anos. Somando todas as faixas etárias, foram atendidas cento e sessenta e nove mil, seiscentos e sessenta e quatro (169.664) mulheres, só no Ceará.

É de salientar que a média de atendimentos, no Estado do Ceará, em quarenta e dois (42) dias, considerando a rotina normal de atendimento, ficou em torno de trinta e quatro mil, novecentos e setenta e nove (34.979) exames citológicos. No gráfico abaixo, fica evidenciado, para o mesmo intervalo de tempo, a realização de cento e sessenta e nove mil, seiscentos e sessenta exames (169.664), em regime de Campanha.

Gráfico 1. Distribuição do número de exames de prevenção de câncer de colo uterino realizados antes e durante a Campanha, Estado do Ceará, 1998.



4.1.2 Apreciação dos resultados de campanha

A Tabela 1 apresenta os percentuais de metas atingidas pelos municípios que participaram da Campanha, segundo a respectiva jurisdição.

TABELA 1 – Percentuais de Metas Atingidas Pelos Municípios do Ceará – 1998.

DERES - sede	15 l - 50	50 l - 75	75 l - 100	> 100	Total
1° Fortaleza	05	07	13	11	36
2° Crateús	02	01	01	08	12
3° Crato	--	--	04	07	11
4° Iguatú	--	--	02	06	08
5° J. do Norte	--	--	05	10	15
6° L. do Norte	01	02	03	04	10
7° Quixadá	--	01	02	05	08
8° Russas	01	--	05	04	10
9° Sen. Pompeu	--	01	03	03	07
10° Sobral	04	04	04	16	28
11° Tauá	--	02	03	--	05
12° Tianguá	01	01	02	04	08
13° Itapipoca	02	03	07	07	19
14° Icó	--	--	02	05	07
Total	16	22	56	90	184
Percentual (%)	08,7	12,0	30,4	48,9	100

A análise da TABELA 1, permite a constatação de que, dos cento e oitenta e quatro (184) municípios do Ceará apenas, dezesseis (8,7%) tiveram o percentual de meta atingido, com redução, a menor, em torno de 50%. Por outro lado, 30% deles alcançaram entre 75 e

100% e, quase a metade (48,9%) dos municípios conseguiram atingir mais de 100% das metas estipuladas.

A mesma tabela traz à compreensão o fato de que todos os municípios de jurisdição do 3^o, 4^o, 5^o e 14^o DERES alcançaram índices de cobertura em torno de 75%, ou mais da meta estabelecida.

Foram destaque os municípios de jurisdição do 4^o DERE (TABELA 2) por terem alcado percentuais de cobertura acima do esperado na programação, à exceção de Jucás e de Várzea Alegre. O município de Cariús, TABELA 2, teve o maior percentual de atendimento (219%), dentre todos os outros, superando, até mesmo, as metas do MS.

Tabela 2 – Distribuição dos Percentuais de Cobertura dos Municípios do 4^o DERES – Ceará 1998.

MUNICÍPIOS DO 4^o DERES	N^o de Mulheres de 35 - 49	Meta a ser atingida 70%	Total de Atendimento	% atingido
Cariús	531	372	816	219
Saboeiro	492	345	627	181
Quixelô	472	331	421	127
Iguatú	2.718	1.903	2.037	121
Acopiara	1.478	1.035	1.078	104
Antonina do Norte	195	137	139	101
Varzea alegre	1.022	716	618	86
Jucas	645	452	360	79

O mesmo recurso utilizado para maior detalhamento da TABELA 2, foi utilizado na TABELA 3, pondo em evidência os municípios que atingiram menos de 50% da meta, segundo seus respectivos DERES.

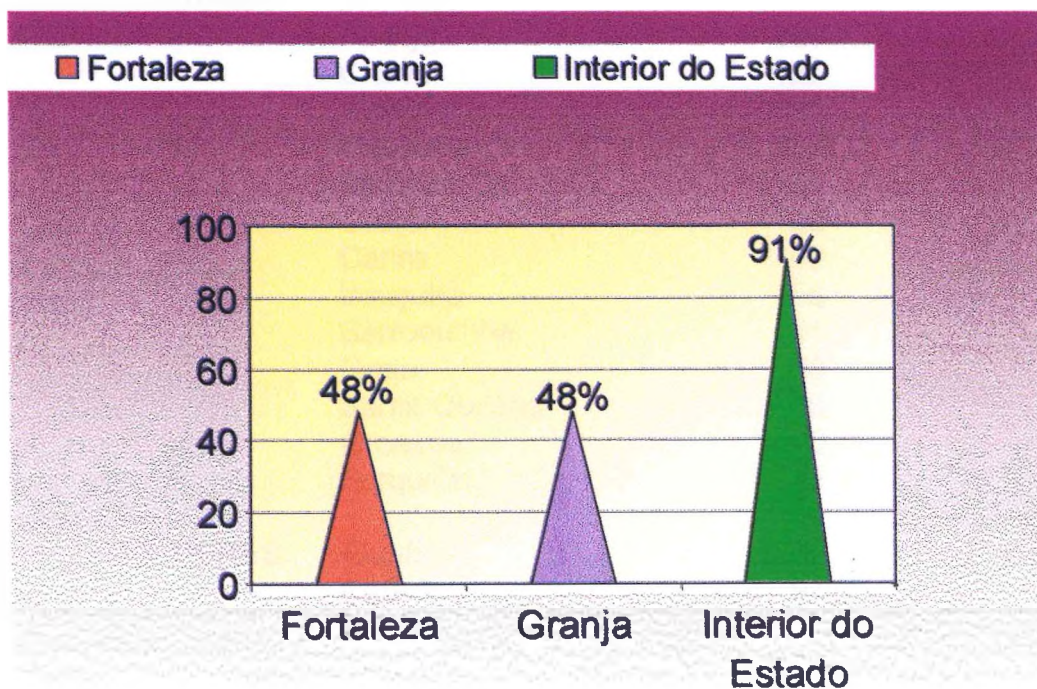
TABELA 3 – Municípios e Respectivos DERES que Atingiram Menos de 50% da Meta de Cobertura. Ceará-1998.

DERES	municípios	% atingido
1º	Fortaleza	48
	Aquiraz	44
	Redenção	42
	General Sampaio	40
	Pentecoste	32
2º	Nova Russas	45
	Ipueiras	24
6º	Tabuleiro do Norte	48
8º	Fortim	45
10º	Granja	48
	Santa Quitéria	40
	Groairas	20
	Forquilha	16
12º	Ibiapina	34
13º	Miraima	45
	Acaraú	33

Apenas dezesseis municípios (8,7%) atingiram menos de 50% da meta de cobertura. Dentre estes, seis eram municípios que ainda não dispunham do serviço de prevenção de câncer de colo

uterino, tendo sido implantado no início da Campanha. Conforme se observa na TABELA 3, Fortaleza só atingiu 48%, valor semelhante ao de Granja, um dos municípios mais pobres do Estado do Ceará, conforme apresenta o Gráfico 2. Esse demonstrativo basta para esclarecer como todos os municípios juntos do Estado do Ceará, à exceção, de Fortaleza, conseguiram atingir 91% das metas estabelecidas.

Gráfico 2 – Distribuição do Percentual da Meta Atingida no Interior do Estado do Ceará e na Capital na Campanha de 1998.



O gráfico acima busca evidenciar que o interior do Estado do Ceará alcançou 91% da metas programadas.

TABELA 4 – Distribuição nos Municípios que Não Realizavam Prevenção de Câncer de Colo Uterino e Seu Desempenho na Campanha – Ceará, 1998.

DERES	municípios	% atingido
1 ^o DERES	Itaitinga	107
	General Sampaio	40
2 ^o DERES	Ipaporanga	104
3 ^o DERES	Nova Olinda	103
10 ^o DERES	Meruoca	129
	Pacuja	128
	Chaval	127
	Alcatara	115
	Massapé	112
	Senador Sá	109
	Graça	103
	Carire	99
	Irauçuba	56
	Barroquinha	51
	Graja	48
	Santa Quitéria	39
	Groairas	20
Forquilha	15	
11 ^o DERES	Aiuaba	97
	Catarina	97
1 ^o DERES	Tururu	120
	Itarema	96
	Miraima	45

Foram vinte e quatro (24) os municípios que não realizavam prevenção de colo uterino, mas que foram contemplados com a instalação desse serviço de prevenção, no decorrer de toda a Campanha. Desses municípios, doze não alcançaram as metas previamente fixadas. O município com menor índice de cobertura foi Forquilha, com desempenho com apenas 15% da meta prevista para atingimento.

No entanto, 50% dos municípios contemplados com a implantação do serviço, durante a Campanha, obtiveram mais de 100% da meta estipulada.

Dos vinte e oito municípios cobertos pelo 10º DERES, quinze deles (53%) não tinham o serviço implantado, até a Campanha. Não obstante foram alcançados mais de 100% das metas, em 53% desses municípios.

A TABELA 5, a seguir, põe em evidencia as metas de cobertura estabelecidas para cada DERES, bem como o percentual de cobertura destas metas, segundo o total de atendimento em todos os municípios envolvidos na Campanha realizada no Estado do Ceará.

Tabela 5 - Distribuição dos DERES Segundo A % de Meta Atingida.

DERES Sede	Nº municípios	Meta a ser atingida	Total de Atendimento	% atingida
1º Fortaleza *	36	74.589	44.177	59
2º Crateús	12	6.162	5.742	93
3º Crato	11	5.119	5.087	99
4º Iguatu	08	5.291	6.366	120
5º J. do Norte	15	10.384	10.671	102
6º L. do Norte	10	3.953	3.593	89
7º Quixadá	08	4.895	4.908	100
8º Russas	10	5.600	5.181	93
9º Sen. Pompeu	07	3.236	3.035	94
10º Sobral	28	12.006	9.421	78
11º Tauá	05	2.411	1.818	75
12º Tianguá	08	4.527	3.819	84
13º Itapipoca	19	8.195	7.348	99
14º Icó	07	3.492	3.541	101
Total	184	149.860	114.707	77

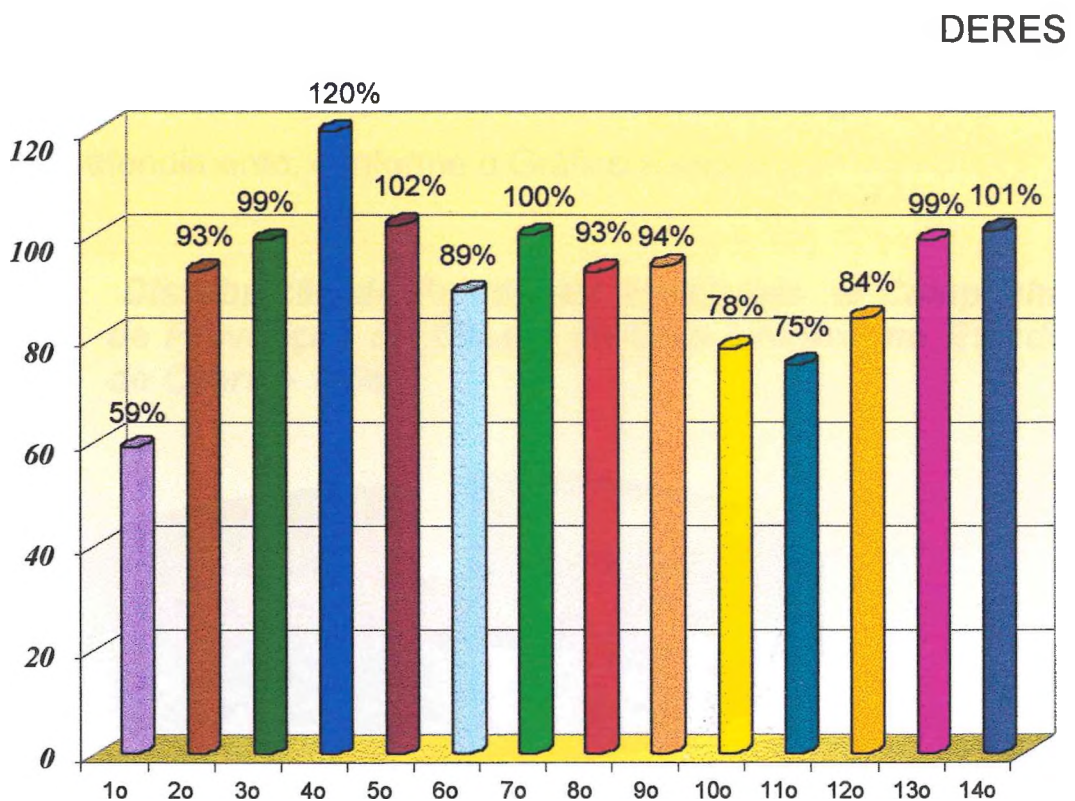
*** O 1º DERES é constituído de trinta e seis municípios, sendo a sede em Fortaleza.**

Na TABELA 5 destaca-se que o 1ª DERES apresentou meta de cobertura de quarenta e quatro mil, setecentos e setenta e sete, tendo atingido 59% do esperado. Uma informação adicional que se

compreende oportuna, é a de que, curiosamente, a cidade de Fortaleza, sede do 1º DERES, que esperava alongar cinquenta e uma mil mulheres, na faixa etária de trinta e cinco a quarenta e nove anos, colheu material para exames, de apenas vinte e quatro mil, quinhentos e vinte e uma, ficando, portanto, bem abaixo dos valores programados como meta de cobertura, para o município.

Gráfico 3 – Distribuição das Metas Atingida Pelos DERES na Campanha de Prevenção de Câncer de Colo Uterino – Ceará – 1998.

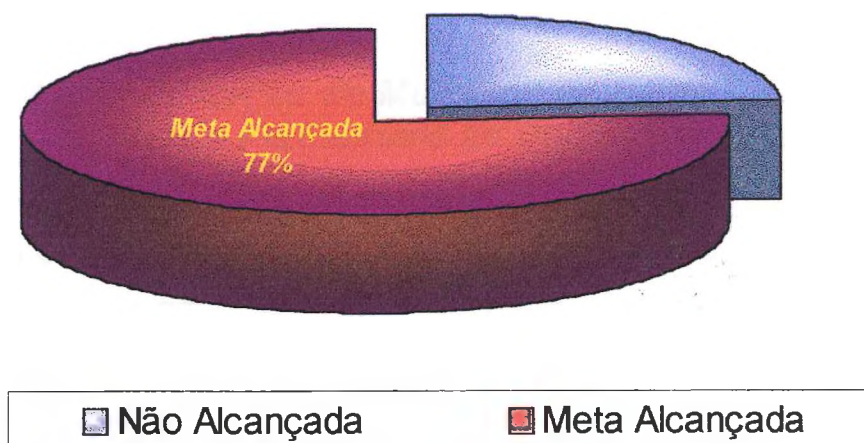
Percentual da Meta Atingida



muitos municípios de grande porte, onde supostamente as secretarias de saúde são mais bem estruturadas, não alcançaram 100% das metas.

No Ceará, a apuração final da Campanha, conforme mostra a TABELA 5, revela o alcance de 77% da meta estabelecida em programação. Vale ser lembrado que há uma queda do percentual, quando se considera o baixo percentual atingido pela capital, isto posto, deveriam ter sido atendidas cento e quarenta e nove mil, oitocentos e sessenta (149.860) mulheres, mas, na verdade, apenas cento e catorze mil, setecentos e sete (114.707) mulheres, na faixa etária de trinta e cinco a quarenta e nove (35-49) anos de idade, receberam atendimento, conforme o Gráfico a seguir.

Gráfico 4 – Distribuição do Percentual Alcançado na Campanha de Prevenção de Câncer de Colo Uterino, no Estado do Ceará – 1998.



Algumas variáveis contribuíram para que o alcance de metas, no Estado do Ceará, fosse de 77%. Dentre elas destaca-se a limitação dos recursos material e humano, bem como aspectos relacionados ao próprio usuário do serviço (dificuldade de deslocamento, pouca escolaridade ou orientação, ausência de recursos financeiros, etc.)

Analisando-se a TABELA 6, fica evidenciada a distribuição do número de municípios segundo as metas alcançadas e número de mulheres, na faixa etária de trinta e cinco a quarenta e nove (35-49) anos. Em seguida, buscou-se determinar o grau de associação existente entre o tamanho da população feminina dos municípios e o percentual de metas atingidas. Daí a proposta para verificar a relação existente entre o maior ou menor alcance das metas e a distribuição da população feminina, pelos cento e oitenta e quatro municípios (184).

TABELA 6 – População de Mulheres na Faixa Etária de 35 a 49 Anos e Percentuais de Cobertura. Ceará, 1998.

<i>Mulheres de 35 a 49 anos</i>	<i>15 – 50</i>	<i>50 – 75</i>	<i>75 – 100</i>	<i>> 100</i>	<i>Total</i>
<i>< 500</i>	<i>05</i>	<i>11</i>	<i>27</i>	<i>51</i>	<i>94</i>
<i>500 – 1000</i>	<i>05</i>	<i>05</i>	<i>13</i>	<i>26</i>	<i>49</i>
<i>≥ 1000</i>	<i>06</i>	<i>06</i>	<i>16</i>	<i>13</i>	<i>41</i>
<i>Total</i>	<i>16</i>	<i>22</i>	<i>56</i>	<i>90</i>	<i>184</i>

$$\chi^2 = 6,287 \quad ; \quad p = 0,392$$

O cálculo da *variável de associação* demonstrou sua inexistência entre população de mulheres dos municípios e o percentual da meta atingida durante a Campanha, isto é, para fins de cumprimento das metas estabelecidas, foi indiferente se o município tinha um grande ou pequeno número de mulheres, incluídas na faixa etária de trinta e cinco a quarenta e nove anos.

A TABELA 7, a seguir apresenta os casos diagnosticados com alterações celulares, segundo a gravidade, durante o período de campanha em todo o Estado do Ceará.

TABELA 7 – Alterações Celulares Diagnosticadas na Campanha de Prevenção de Câncer Colo Uterino – Ceará – 1998.

Alterações celulares	N
NIC I	612
NIC II	311
NIC III	154
Câncer invasor	87
Total	1.164

NIC – Neoplasias Intra-epiteliais cervicais.

De acordo com a Tabela, mil centos e sessenta e quatro (1.664) casos de alterações celulares foram diagnosticados, durante a

Campanha. Destas, seiscentos e doze (612) estão caracterizadas como câncer em estágio mais inicial - NIC I, em trezentos e onze (311), houve diagnóstico de NIC II, e em cento e cinquenta e quatro (154) casos, de NIC III. Chamamos a atenção para os oitenta e sete casos diagnosticados de câncer invasor.

Dentre as cento e sessenta e nove mil, seiscentas e sessenta e quatro (169.664) mulheres atendidas durante a Campanha, cento e catorze mil, setecentos e sete (114.707) estão na faixa etária de trinta e cinco a quarenta e nove (35-49) anos de idade. A estimativa do MS era de atender, no Estado do Ceará, cento e quarenta e nove mil, oitocentos e sessenta mulheres, (149.860) dentro da faixa etária de risco. Aproximadamente, 4% desse total de mulheres, quatro mil, quinhentos e noventa, (4.590), poderiam apresentar algum tipo de alteração celular. Todavia, apenas mil cento e dezesseis mulheres corresponderam a essa expectativa.

Ao término da primeira fase de análise dos dados, for se possível conjecturar que os programas e campanhas de prevenção de câncer de colo uterino no Estado do Ceará, e igualmente no resto do país, guardando as devidas proporções, podem não obter sucesso. Isso talvez se dê à ausência de continuidade de atividades voltadas para a conscientização, esclarecimento, sensibilização e

favorecimento do acesso ao exame de prevenção da doença, ou do tratamento dos casos já diagnosticados; fatores esses contemplados e presentes, excepcionalmente, em movimentos como o vivenciado no Estado do Ceará, durante os quarenta e dois dias de duração da Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino.

Entende a autora, como profissional do cuidado, atuante em serviço de proteção à saúde da mulher, que as políticas locais e nacionais voltadas para a prevenção do câncer de colo uterino, para terem a efetividade no controle da doença, necessitam reconhecer uma demanda retida que pode superar em mais de duas vezes o número das mulheres que vêm tendo acesso aos serviços especializados de atendimento. Além disso, faz-se importante considerar a integrada adesão dos serviços e instituições, públicas e privadas, em um compromisso social que vise a redução das desigualdades de acesso ao direito à saúde, nos diferentes níveis de atendimento.

O sistema de parceria, entre instituições públicas e privadas, foi comprovado durante as atividades da campanha, mostrando-se viável e funcional, enquanto promete dar conta, em tempo recorde, da enorme demanda de cliente e material para exames. Associado a isso, vem a descentralização da coleta citológica, promovendo a

expansão da cobertura e criando mecanismos capazes de possibilitar aos municípios a realização desses exames, obedecendo a um prévio estabelecimento de metas, podendo significar passo significativo no controle do câncer do colo uterino e redução da taxa de mortalidade, em mulheres, como decorrência dessa patologia, no Estado.

4.2 Segunda Fase: avaliação de participação das enfermeiras, na Campanha do Estado do Ceará

Nessa segunda fase, a análise foi centrada na participação das enfermeiras, na Campanha Nacional de Prevenção do Câncer, no Estado do Ceará. Serviram de referência, o modo como essas profissionais vivenciaram o evento, quais as principais dificuldades enfrentadas para viabilização da campanha e que benefícios trouxeram para o Estado do Ceará, segundo suas opiniões.

Durante o período da Campanha, inúmeras foram as funções desempenhadas pelas enfermeiras, visando alcançar metas previamente estabelecidas pelo MS, conforme TABELA 8.

Essas funções foram explicitadas, através das declarações das enfermeiras, caracterizando o significado da sua participação, bem como os papéis desempenhados durante toda a campanha de prevenção do câncer de colo uterino, no Estado do Ceará.

TABELA 8 - Papel Desempenhado Pelas Enfermeiras na Campanha de Prevenção do Câncer de Colo Uterino, no Ceará – 1998.

<i>Papel da Enfermeira (Caracterização).</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Fundamental importância, pois foi essa profissional que tornou a campanha possível.	239	100
Organização, coordenação e execução Campanha.	229	95
Trabalhou realizando a coleta do material.	220	92
Educação, divulgação e conscientização da população.	198	82
Outros	26	10

Os dados apresentados na TABELA 8, mostram a redução das falas das enfermeiras, no momento em que procedem a auto-avaliação de sua participação nas etapas de elaboração e execução da Campanha de prevenção de câncer de colo uterino, no Estado do Ceará.

Evidencia o discurso, a satisfação, por parte das enfermeiras, com relação ao trabalho, na Campanha, desenvolvendo atividades consideradas por elas de fundamental importância, pois que tornaram a *Campanha possível*, segundo respostas adotadas por duzentos e trinta e nove (100%) das enfermeiras participantes da amostra.

Outras funções importantes citadas como tendo sido realizadas

pelas enfermeiras dizem respeito à *Organização, Coordenação e Execução da Campanha*. Segundo 95% das enfermeiras, a habilidade para lidar com a clientela e a confiança depositada nessas profissionais pela comunidade, foram pontos fundamentais no favorecimento e adesão das mulheres em atividades voltadas para a educação e conscientização da necessidade do exame, seguido de tratamento adequado.

Refere Landim (1998), quando defende ser no âmbito de uma prática 'informalizada' de assistência (aquela originada do somatório dos campos de liberdade de ação de cada enfermeira e sua interação com o outro e com o meio), que o exercício da enfermagem tem poder de efetividade, assegurado na legitimação da comunidade assistida.

Os números referentes à contagem das respostas das enfermeiras demonstram, ainda, coesão do pensamento dessas profissionais, quando se sabe que essa pergunta foi feita em aberto conforme anexos

Merecem ênfase, as respostas contidas no item *outros*, com vinte e seis respostas contabilizadas, segundo as quais as atividades desenvolvidas foram as de: mobilizar os agentes de saúde da captação da clientela; acompanhar e tranquilizar as pacientes

'nervosas', durante a realização do exame, e sensibilizar as mulheres resistentes à prática do exame; participar, juntamente com o profissional médico, das medidas de tratamento, diante dos casos constatados.

As declarações prestadas em questionário, e apresentada a seguir, têm com o intuito validar o quadro acima apresentado.

... a enfermeira na campanha foi a Mola-Mestra, fundamental para a efetivação das etapas da Campanha.

O papel da enfermeira foi de mãe educadora, conselheira, padre etc.

A TABELA 9, a seguir, põe à mostra, em relatos das enfermeiras, evidências dos significados reais e simbólicos da Campanha, para a reflexão da atuação pessoal e profissional.

TABELA 9 - Significado, Para As Enfermeiras, da Sua Participação na Campanha de Prevenção de Câncer de Colo Uterino. Fortaleza, 1998.

Significado	Total	%
Contribuição para redução da problemática, no município em que atua	233	98
Serviço gratificante	230	97
Satisfação pessoal	209	87
Crescimento e realização profissional	189	79
Outros	14	06

Ainda de acordo com a TABELA 9, duzentos e trinta e três (98%) das enfermeiras reconheceram sua contribuição para redução da problemática do câncer de colo uterino, na medida em que sua atuação, somada à dos demais profissionais, auxiliou na detecção e tratamento de lesões de colo uterino, evitando possíveis mortes de mulheres jovens.

Duzentos e trinta enfermeiras (97%) referiram também o serviço, durante Campanha, sido *gratificante*; duzentos e nove (87%) consideraram-no viável, para estabelecer sentimentos de satisfação pessoal e cento e noventa e oito (79%) viram-no capaz de promover.

Dentre as respostas referidas no quesito “outros”, foram

selecionadas: estressante por falta de material integração com a equipe multiprofissional, desafio profissional, angústia no momento em que faltavam insumos.

Algumas falas apoiam esses achados, funcionando, desse modo, como ênfase na consideração que se deseja fazer acerca da Campanha como um momento de reflexão da atuação pessoal e profissional das enfermeiras, junto à sua clientela.

(...) Trabalhar na campanha , foi muito importante pois tive a sensação do dever cumprido, tanto como profissional de saúde, como cidadã; principalmente porque no município em que trabalho, nunca houve exame de prevenção de câncer de colo uterino.

(...) Já trabalho há seis anos no programa de Prevenção de Câncer de Colo Uterino e desde o treinamento no IPCC, acho de fundamental importância o papel da enfermeira, mas, foi no interior do Estado, que descobri o quanto é gratificante poder responder à confiança que a população deposita em nós profissionais .

(...) Satisfação em participar de ações de prevenção e, principalmente, por ter contribuído para diminuir a problemática em localidades que não dispunham do serviço.

(...) Este tipo de campanha é de muita importância para a nossa comunidade; tive, pela primeira vez, a chance de ajudar várias mulheres que nunca tinham realizado o exame de prevenção; com isto senti o quanto é importante a descentralização de vários procedimentos, pois há procedimentos que são realizados somente em unidades de saúde e, pela

primeira vez, nos municípios, realizamos a coleta de material para o Papanicolaou em comunidades que não tinham unidades de saúde. Isto foi muito gratificante.

(...) Trabalhar na Campanha de Prevenção de Câncer de Colo Uterino, significou para mim contribuir de maneira honrosa para promoção de saúde, tratamento de determinadas doenças, beneficiando a população mais carente.

Segundo os depoimentos das enfermeiras, alguns pontos positivos podem ser evidenciados, como resultantes do processo da Campanha:

- Mobilizou o contingente de profissionais treinados até os lugarejos mais longínquos;
- Favoreceu o acesso da clientela ao exame específico;
- Prestou imediato atendimento aos casos graves;
- Assegurou o tratamento cirúrgico e medicamentoso.

A TABELA 10, a seguir, destaca alguns dos resultados mais significativos trazidos pela Campanha, considerando a realidade de morbi-mortalidade por câncer de colo uterino, no Estado do Ceará.

Tabela 10 - Pontos Positivos do Processo de Campanha, Segundo Enfermeiras que Trabalharam na Campanha de Prevenção de Câncer de Colo Uterino. Ceará, 1998.

<i>Pontos Positivos</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Foram detectados vários casos de CA ainda tratáveis e lesões pré-cancerosas, diminuindo o índice de mortalidade CA de colo uterino.	239	100
Alcançou mulheres que nunca haviam realizado o exame de prevenção de câncer de colo uterino.	223	93
Gerou sensibilização e esclarecimento da população quanto à importância da realização da prevenção do câncer de colo uterino.	189	79
Criou condições de parceria com os meios de comunicação (TV, impressora e etc.) para divulgação da Campanha.	163	68
Colocou em disponibilidade, recursos, materiais e humanos, necessários a efetivação da Campanha	140	68
Promoveu intervenção imediata dos casos positivos para câncer ginecológico.	36	15
Possibilitou o atendimento a uma demanda até então tida como 'reprimida', por muitas das unidade de atendimento do Estado.	16	07
Concorreu para a implantação do programa de prevenção nos municípios ainda não contemplados com o serviço.	06	02
Outros	16	07

Observando-se a TABELA 10, têm-se como '*pontos positivos*', destacados pelas enfermeiras, os casos de câncer detectados em estágio inicial, bem como identificação e tratamento das lesões pré-

cancerosas, diminuindo assim, o índice de morbi-mortalidade pela doença, no Estado do Ceará. Todas as enfermeiras foram unânimes em apontar esse ponto positivo.

Das enfermeiras (93%), também evidenciaram, como mérito da Campanha, a detecção e realização do exame em mulheres que nunca haviam realizado o exame de prevenção de câncer de colo uterino. Também cento e sessenta e três dessas profissionais, consideraram importante o envolvimento dos órgãos de comunicação, na veiculação das propagandas informativas e de conscientização da população.

No item 'outros', as enfermeiras apontaram como pontos positivos:

- A qualidade e conteúdo do material informativo, produzido e distribuído com a população;
- O apoio técnico recebido do IPCC., Secretária Estadual de Saúde e Secretária Municipal de Saúde;
- O preparo e disponibilidade de profissionais para trabalhar os mitos e tabus relacionados com o exame ginecológico;
- A grande aceitação e repercussão nacional da Campanha.

Destacam-se, a seguir, alguns depoimentos de enfermeiras, que funcionam como uma validação dos achados postos em destaque

na TABELA 10.

(...) A campanha proporcionou melhoria da qualidade de vida das mulheres na idade fértil, uma vez que eleva o grau de orientação da população feminina, acerca dos cuidados com a doença.

(...) A campanha contribui para o diagnóstico precoce em mulheres de situação sócio-econômica baixa e possibilita um tratamento mais efetivo.

(...) Foi muito gratificante trabalhar na Campanha, porque trabalhamos com a prevenção, sendo possível diagnosticar câncer precocemente, evitando muitas mortes de mulheres jovens.

(...) A campanha teve um significado muito importante, pois atingiu mulheres que nunca realizaram uma prevenção, e conseguiu diagnosticar e tratar as lesões, evitando o câncer de colo uterino .

Foram também evidenciadas, pelas enfermeiras, situações de ordem estrutural e organizacional, tidas como negativas no processo de Campanha, ao exemplo do que ocorreu em algumas áreas, com atendimento às mulheres sido dificultado, quando não, impedido, inibindo, nesses casos, o diagnóstico e tratamento adequado de problemáticas ginecológicas.

Na TABELA 11, são evidenciadas algumas das situações tidas pelas enfermeiras como 'pontos negativos', no processo de Campanha.

Tabela 11 - Pontos Negativos Na Organização e Implementação das Etapas de Campanha, no Estado do Ceará - 1998.

<i>Pontos Negativos</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Pouco medicamento, impossibilitando início imediato do tratamento de todos os casos positivos em doenças ginecológicas.	186	79
Curto período de tempo para o alcance das metas estabelecidas pelo MS.	153	64
Delimitação da faixa etária.	108	45
Demora ou mesmo ausência de retorno dos resultados do exame de lâmina para alguns municípios, inibindo início do tratamento.	102	42
Não realização do teste de <i>Schiller</i> e exame de mamas.	36	15
Atraso no repasse para os municípios de todo material de trabalho ou, em alguns casos, a escassez desse material.	16	07
Outros.	46	19

De acordo com a TABELA 11, cento e cinquenta e três enfermeiras responderam que o período estabelecido pelo Ministério da Saúde, para realização da campanha, foi relativamente curto, considerando a proposta inicial de cobertura de 70% da população feminina, de trinta e cinco a quarenta e nove anos de idade. A delimitação dessa faixa etária a ser trabalhada, foi considerada negativa, uma vez que não permitiu o exame extensivo a todas as mulheres que entendessem dele necessitar.

A falta ou atraso no repasse de recursos e material de trabalho ou, ainda, de medicamentos, impossibilitaram o atendimento de maior número de mulheres, bem como início imediato do tratamento exigido (cento e oitenta e seis). Esse foi o principal ponto negativo indicado pelas enfermeiras (79%).

Fica evidenciado, nesta TABELA, um fator considerado negativo pelas enfermeiras referente a não realização do teste de Schiller e do exame de mamas, o que geralmente acontece, ao mesmo tempo em que é procedida a colheita citológica.

Dentre as respostas incluídas no quesito 'outros', merecem destaque: a alteração da data inicialmente planejada para o início da Campanha, a falta de planejamento das unidades de serviços, para aquisição do material necessário às atividades desenvolvidas; a ausência de estrutura de alguns municípios; o número reduzido de profissionais treinados para prestação do atendimento especializado e a ausência de uma unidade móvel para o atendimento nas áreas distantes - este foi o maior obstáculo enfrentado pela equipe de profissionais, no decorrer da Campanha, em algumas regiões.

Depoimentos de enfermeiras validam essas afirmações, como se verificam a seguir.

(...) Envio do material da Campanha em etapas,

dificultando a operacionalização a nível local, uma vez que trabalhamos com unidades descentralizadas e distantes, geograficamente. Inicialmente, recebemos número insuficiente de Kits, o que não possibilitou o início da Campanha em todas as unidades, simultaneamente.

(...) Programação do início da Campanha foi adiado, isso trás desgaste do profissional junto a Comunidade.

(...) Já que estava sendo realizado o PAPANICOLAOU, achei um desperdício não realizar o Schiller, ou seja o Ministério deveria ter enviado pinças, lugol e ácido acético para que também fosse realizado o pincelamento do colo em busca de alteração. Sei que a campanha era de colo de útero, mas poderíamos ter aproveitado essa mulher que procurou o serviço de saúde e realizar também o exame de mama.

Ausência de infra estrutura adequada, de equipamentos, de treinamento dos profissionais. Também a desorganização na entrega dos resultados e de medicamento para início do tratamento dos problemas detectados.

Nenhuma ênfase no exame da mama, quando deveria ser a oportunidade para a realização do exame completo (mama e colo).

Um período de duração inferior ao necessário, para cumprimento das metas estabelecidas.

Falta de compromisso dos laboratórios conveniados. Algumas pacientes tiveram que retornar algumas vezes ao posto, para receber um resultado de exame que nunca chegou, causando descrédito para o serviço.

5 CONCLUSÕES

Considera-se o câncer de colo uterino, ainda, um grande problema de saúde pública no Brasil e, de resto, no Estado do Ceará, sendo essa enfermidade, no entanto, passível de controle e erradicação, através de métodos de baixo custo para detecção e tratamento das lesões precursoras.

Campanhas com a dimensão e o caráter da realizada nos meses de setembro e outubro do ano de mil novecentos e noventa e oito (1998), voltadas para o combate ao câncer de colo uterino funcionam, dentre outros aspectos, como indicativo de que muito se precisa fazer no Estado do Ceará, para melhorar a qualidade da assistência prestada à população, na medida em que grande contingente não tem acesso à informação e mesmo aqueles, que o têm, padecem sem acesso aos serviços de saúde.

Assim é que no Brasil, desde a década de quarenta, a mortalidade por câncer de colo uterino não registrou nenhuma queda; o fato é extremamente relacionado à estruturação dos serviços, na atualidade, bem como a ausência de políticas públicas que favoreçam ao acompanhamento dos grupos de risco.

Ficou constatado, durante este estudo, que a prevenção e cura do câncer de colo uterino dependem de fatores como: prestação de serviços adequados, definição da população-alvo, capacitação de recursos humanos, controle dos resultados e ainda participação da comunidade, de maneira responsável e consciente.

Todavia, em uma avaliação geral desse evento, o MS. considerou a Campanha, no Brasil, como uma das melhores do mundo, em termos de alcance das metas estipuladas em programação. Foram realizados exames citológicos em três milhões, duzentos e sessenta e três mil (3.263.000) mulheres, em todo o país e detectados, em 53,9%, deste câncer em algum estágio de desenvolvimento.

No Ceará, a apuração final da Campanha revela que em nível estadual, foram atingidos 77% da meta estabelecida em programação, ou seja, deveriam ter sido atendida cento e quarenta e nove mil, oitocentos e sessenta (149.860) mulheres, quando, de fato, os atendimentos ficaram em cento e catorze mil, setecentos e sete (114.707), contemplando um público na faixa etária de trinta e cinco a quarenta e nove (35-39) anos de idade.

Em 0,16% dos casos de câncer detectados durante a Campanha, a doença se apresentou em estágios já avançados,

exigindo maiores cuidados e acompanhamento rigoroso. Nos demais casos, exames complementares foram indicados para direcionar medidas de prevenção dos agravos, bem assim o tratamento adequado, segundo o estabelecimento. Nas mulheres com câncer em estágios iniciais, são evidentes as chances de cura, a partir da detecção e tratamento precoce da doença, podendo significar cura total em até 100% dos casos detectados.

Com os resultados obtidos pelo número de exames de Prevenção de Câncer de Colo Uterino na Campanha, ficou comprovado que quando existe incentivo para os municípios, divulgação e esclarecimento dos métodos de detecção e tratamento do câncer de colo uterino através dos meios de comunicação do país, há maior mobilização da população, no sentido de realizar o exame. Essa afirmação pode ser comprovada verificando a estatística média de trinta e quatro mil, novecentos e setenta e nove (34.979) exames normalmente realizados no intervalo de tempo de quarenta e dois dias e o alcance de cento e sessenta e nove mil, seiscentos e sessenta e quatro (169.664) exames, utilizando-se do mesmo intervalo de tempo por ocasião da Campanha, no Estado do Ceará.

Foram diagnosticadas mil cento e sessenta e quatro (1.164) alterações celulares, durante a Campanha, e realizada busca

ativa de todas as pacientes para o tratamento necessário.

Verificou-se que dos cento e oitenta e quatro (184) municípios do Ceará, apenas dezesseis (8,7%) tiveram o percentual da meta atingida menor que 50%, 30% deles alcançaram entre 75 e 100% e quase a metade (48,9%) dos municípios, conseguiram mais de 100% das metas estipuladas pelo Ministério da Saúde.

Destes dezesseis municípios, (8,7%) que atingiram menos de 50% da meta de cobertura, seis (37%), ainda, não tinham o serviço implantado.

É de reconhecer a mobilização de esforços, no sentido, de instalar serviço ginecológico em vinte e quatro municípios do Estado do Ceará, que não realizavam o exame de prevenção de câncer de colo uterino e destes dezesseis municípios, (8,7%) atingiram menos de 50% da meta de cobertura e 50% deles alcançaram mais de 100% da meta estabelecida .

O 1º DERES, cuja sede é em Fortaleza, foi o que alcançou o menor percentual da meta atingida, em torno de 59%. Por sua vez, o 4º DERES, com sede em Iguatu, atingiu 120% da meta estabelecida.

Foi indiferente o número de mulheres dos municípios, em relação ao percentual da meta atingida, durante a Campanha, isto é,

não influenciou se o município tinha um grande ou pequeno número de mulheres, na faixa etária de trinta e cinco a quarenta e nove anos.

O papel desempenhado pelas enfermeiras, na Campanha, haja vista, ter sido essa profissional que tornou a Campanha possível. Das duzentos e trinta e nove (100%) participantes, duzentos e vinte e nove (95%) trabalharam na organização, coordenação e execução da Campanha.

Cerca de duzentos e trinta e três (98%) das enfermeiras relataram que o significado maior na participação da Campanha foi o de ter contribuído para uma causa nobre: a redução da problemática nos municípios em que atuam. O trabalho, somado ao de outros profissionais, auxiliaram nas detecções e tratamentos das lesões do colo uterino, evitando possíveis mortes, de mulheres jovens.

Mais de 97%, consideraram gratificante o trabalho da Campanha; 97% referiram satisfação pessoal e 79% afirmaram realização profissional.

Apontaram, as enfermeiras, como ponto positivo, da Campanha, a detecção, em 100% dos casos de câncer, em estágio inicial, diminuindo o índice de mortalidade por câncer, de colo uterino.

Como mérito da Campanha, 93% das enfermeiras evidenciaram a realização do exame em mulheres que nunca haviam

realizados prevenção de câncer, de colo uterino.

Dessas profissionais, 68% ressaltaram ainda, como ponto positivo, o envolvimento dos órgãos de comunicação que passaram a veicular propagandas informativas e de conscientização da população.

Um ponto negativo, evidenciado em 79% das pesquisadas, foi a quantidade de medicamentos enviada pelo Ministério da Saúde, impossibilitando início imediato do tratamento.

A delimitação da faixa etária também foi apontado como ponto negativo, por 45% das enfermeiras.

Outro ponto negativo citado em 42% das respostas, foi a demora ou mesmo a ausência dos resultados dos exames das lâminas em alguns municípios.

Na concepção de 16% das enfermeiras participantes, o atraso no repasse do material de trabalho, dificultou o serviço.

O sucesso da Campanha, no Ceará, deveu-se ao grande esforço, desempenhado, pelos profissionais de saúde, em especial, das enfermeiras. Aliás, foi esta profissional que coordenou, organizou a realizou a coleta citológica. A enfermeira, também, responsável pela viabilização da campanha, contornou as dificuldades, ajudando a divulgar e conscientizar a população, funcionando como educadora e

conselheira, cumprindo, assim, o seu papel na luta contra o câncer de colo uterino.

Outras conclusões, podem ser alinhadas, acerca das vantagens do sistema da Campanha, como um recurso no combate ao câncer de colo uterino, bem como na função de dar conhecimento às autoridades públicas da gravidade e dos fatores que contribuem para a prevalência da morbidade em mulheres jovens. Dentro da realidade do Estado do Ceará, destacam-se, a seguir, algumas das principais vantagens trazidas pela Campanha Nacional de Prevenção de Câncer de Colo Uterino, no Estado:

- Realização de treinamento e reciclagem das enfermeiras dos municípios para execução de exame Papanicolaou.
- Introdução do uso da escovinha endocervical na colheita de material para exame, compondo, a partir de então, o material padrão destinado ao exame ginecológico. O uso da escovinha endocervical, vem ampliando as possibilidades de diagnóstico do câncer de endométrio.

A organização da rede laboratorial em citopatologia e histopatologia, com determinação do fluxo de atendimento, em todos os municípios, do Estado do Ceará, ficando o IPCC responsabilizado pelo controle de qualidade das lâminas.

Um outro benefício trazido para o Estado do Ceará, em decorrência da Campanha, foi a instalação, em alguns Municípios-Pólo (Crato, Iguatu, Crateús, Barbalha, Sobral, Tauá e Tianguá), do serviço especializado para realização da cirurgia de 'conização', indicada nos casos mais avançados de câncer de colo uterino. Para realização dessa cirurgia exige-se utilização de aparelhos de alta frequência (CAF), tendo estes sido objeto de doação, pelo MS. A partir da Campanha, a cirurgia de alta frequência passou a constar da tabela de procedimentos financiados pelo SUS.

Na atualidade, como reflexo da Campanha, se encontra em fase de implantação, no Estado do Ceará, um programa, que visa à realização de exames citológicos, em todas as mulheres, na faixa etária de vinte a sessenta e nove anos de idade. Segundo proposta apresentada, cada município, obriga-se à realização mensal de um percentual, satisfatório, de exames, proporcional à realização do programa, com repasses de verbas, para cobertura das metas estabelecidas, por cada município, bem como, o fornecimento de todo material necessário.

6 SUGESTÕES

Entende a autora, como profissional do cuidado, atuante em serviço de proteção à saúde da mulher, que as políticas local e nacional, voltadas para a prevenção do câncer de colo uterino, para terem efetividade no controle da doença, necessitam reconhecer uma demanda reprimida, que pode superar, em mais de duas vezes, o número das mulheres que vêm tendo acesso aos serviços especializados de atendimento. Além disso, se faz, necessário, considerar a adesão integrada dos serviços e instituições, públicas e privadas, como um compromisso social, que vise a redução das desigualdades de acesso, ao direito à saúde, nos diferentes níveis de atendimento.

O sistema de parceria entre instituições públicas e privadas, foi comprovado, durante atividades dessa campanha, ser extremamente viável, funcionando, no sentido, de dar conta, em tempo recorde, da enorme demanda de cliente e material para exame. Faz-se necessária, a descentralização da coleta citológica, promovendo a expansão da cobertura e criando mecanismos que possibilitem aos municípios a realização do exame, obedecendo a um

prévio estabelecimento de metas, podendo o fato significar passo importante no controle do câncer do colo uterino e redução da taxa de mortalidade, de mulheres, por esta patologia, no Estado do Ceará.

O Estado do Ceará dispõe da força profissional e da tecnologia necessária, podendo iniciar programas que visem à erradicação da doença, através do estudo dos esfregaços cervicais, corados pelo método de Papanicolaou (seguindo a colheita, adequada, do esfregaço), de uma boa técnica de coloração e da leitura feita por profissional competente para permitir segurança nos resultados citológicos.

Não deve ser esquecido, a fundamentação, da diminuição das desigualdades, existentes entre nações, povos e classes sociais, envolvendo o acesso a bens e recursos, que auxiliem, na proteção da saúde das pessoas. Para tanto, é indispensável investir na promoção do homem, de modo que, pessoas bem informadas, com potenciais críticos e de reivindicações, possam ser inseridas no processo de construção das condições necessárias ao estabelecimento de vidas saudáveis.

Os programas e campanhas de prevenção de câncer de colo uterino, no Estado do Ceará e no resto do país, guardando as devidas proporções, podem não obter sucesso, no caso desse fenômeno vir a

ter relação com a ausência de continuidade nas atividades voltadas para a conscientização, esclarecimento, sensibilização e favorecimento do acesso ao exame de prevenção da doença, ou do tratamento dos casos já diagnosticados. tais fatores já se fizeram presentes, excepcionalmente, em movimentos como o vivenciado no Estado do Ceará, durante quarenta e dois dias de duração, na Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino. Nestes termos, sugere-se:

- Organizar um programa de prevenção, priorizando grupos de risco, por idade e características da vida sexual, para diminuir a taxa de mortalidade por câncer de colo uterino, no Estado do Ceará.
- Obrigatoriedade do teste de *Papanicolaou*, em todas as mulheres, com vinte anos de idade ou mais, e naquelas com menos de vinte anos de idade, sexualmente ativas, a cada três anos, após dois teste anuais negativos, como recomenda o Ministério da Saúde.
- Realizar, anualmente, Campanhas, de âmbito nacional, mesmo tendo um programa de funcionamento, para alcançar as mulheres que não tenham facilidades de acesso ao exame de prevenção de câncer.

- Utilizar a mídia como um parceiro permanente na educação e orientação das mulheres para realização periódica do exame.
- Imprimir maior agilidade nos resultados e na resposta terapêutica às mulheres com exames positivos para o câncer ou lesões pré-cancerígenas.
- Assegurar medicação e acompanhamento da cliente, até negativar o exame.
- Gerar incentivos para a atualização e treinamento de novos profissionais.
- Estimular o planejamento participativo, entre os municípios, de maneira, a possibilitar adaptação dos programas às realidades de demanda.
- Promover melhorias da infra-estrutura – espaço físico, profissionais qualificados e suporte material - das unidades de serviços instaladas nos municípios, obedecendo critérios ditados pela complexidade das problemáticas identificadas.
- Oferecer condições e criar mecanismos que responsabilizem os municípios pelo pronto atendimento

- da demanda, incluindo a garantia do tratamento medicamentoso ou cirúrgico dos casos diagnosticados.
- Realizar o controle rigoroso da qualidade das lâminas, evitando, assim, o '*falso negativo*' que diminui, em muito, as probabilidades de tratamento e de sobrevivência das mulheres assistidas.
 - Padronizar as medidas e procedimentos utilizados na prevenção do câncer de colo uterino, no Estado do Ceará.
 - Criar equipe de apoio e supervisão do serviços, em cada um dos cento e oitenta e quatro municípios.
 - Garantir a continuidade das ações preventivas e educativas nos serviços de saúde, como medida fundamental na diminuição da morbi-mortalidade por câncer de colo uterino.

Em resumo, a avaliação da Campanha de Prevenção do Câncer de Colo Uterino, no Estado do Ceará, serviu, não apenas, para expor números e conceitos, contextualizados na política da saúde pública, no Brasil, mas e principalmente, para destacar o papel da Enfermeira, como agente de transformação, da realidade nacional, em termos de saúde.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUILAR. M.I., EGG, E. A. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
2. ANDRADE, D. Câncer ginecológico: uma questão de oportunidade e auto-estima, **Mandacaru**, v.3, n. 26, p. 23-28, 1998.
3. AQUINO, E.M.L. Saúde da Mulher no Brasil – antigas e novas necessidades. In: ENCONTRO NACIONAL SAÚDE DA MULHER: UM DIREITO A SER CONQUISTADO, 1., Brasília, 1989. **Relatório...** Brasília, 1989.
4. BELLONI, B. A universidade e o compromisso da avaliação institucional na reconstrução do espaço social. **Avaliação**, v. 1, n. 2, p. 5–14, 1993.
5. BERKOW, R. **Manual MERK de medicina: diagnóstico e tratamento**. São Paulo, 1989.
6. BRASIL. Lei Número 8080. Brasília, 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: CEARÁ. Secretaria de Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **Municipalização da saúde: a opção do Ceará**. Fortaleza, 1996. p.13.
7. _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Incidência e mortalidade por câncer do Brasil para 1997**. Rio de Janeiro: INCA, 1997.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Ceará Coordenação dos Programas de Controle do Câncer / Pró-Onco. **Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil para 1998**. Rio de Janeiro, 1998.

9. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de câncer Pro-Onco. **Controle do Câncer Cérvico – uterino e de mama.** Normas e manuais técnicos. 3. ed. Rev. Rio de Janeiro: 1994.
10. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cirurgia de alta Frequência para tratamento das lesões, pré-invasoras do colo do útero.** Recomendações para o Programa Nacional de combate ao câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, 1998.
11. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa nacional de combate ao câncer de colo uterino: à estratégia brasileira.** Brasília, 1998.
12. _____. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. **Câncer do colo uterino e exames de colpocitologia.** Brasília, 1997. (Avaliação de Produção de Serviços, n.1).
13. _____. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle do Câncer Pro-Onco. **Ações de enfermagem para o controle do câncer.** Rio de Janeiro, 1995.
14. _____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle do Câncer – Pro-Onco. **O controle do câncer cérvico – uterino e de mama.** 3.ed. Rio de Janeiro, 1994.
15. BRUNNER, L.S., SUDDARTH, D.S. **Tratado de enfermagem médico – cirúrgico.** 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v.3 cap. 45: Cuidados à mulher com distúrbios do sistema reprodutor, p.1085–1111.
16. CARVALHO, G.M. **Enfermagem em ginecologia.** São Paulo: EPU, 1996. p.45 – 51.
17. CARVALHO, G. **Citologia do trato genital feminino.** São Paulo: Atheneu, 1993.

18. CEARÁ. SECRETARIA DA SAÚDE. **Guia para prestação de serviço em saúde reprodutiva.** Programa Viva Mulher. Fortaleza, 1998.
19. CHAMPAGNE, F. et al. apud AGUILAR, M.J., EGG, E. A.. **Avaliação de serviços e programas sociais.** Petrópolis: Vozes, 1994. p.21.
20. COPELAND, L. **Tratado de ginecologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 1151 p.
21. CROWTHER, M.E. **A natureza do carcinoma cervical está mudando na mulher jovem?** GO atual – Revista de Ginecologia e Obstetria. Marco, ano 5, 1994.
22. DEMO, P. **Pesquisa: princípio científico e educativo** 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.
23. _____. **Avaliação sob o olhar propedêntico.** Campinas: Papirus, 1996.
24. DESLANDES, S.F. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.
25. DIAS, E. P. **Papilomavírus humano: aspectos biológicos, clínicos e morfológicos.** *JBM*, v.64, n.6, p.206-217, 1993.
26. ENGLISH, F.W. apud AGUILAR. M.I., EGG, E. A. **Avaliação de serviços e programas sociais.** Petrópolis: Vozes, 1994. p.24.
27. FERRIGNO, R. FARIA, S. L.C.O. Prevenção de câncer cervico uterino das mulheres com câncer invasor. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.38, n.1, p. 29-33, 1992.
28. FEVERSTEIN, M. T. **Avaliação: como avaliar programas de desenvolvimento com a participação da comunidade.** São Paulo: Paulinas, 1990.
29. FONSECA, FILHO, Apud TYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada.** Editora UNESP, 1994.

30. FREITAS, F. et al. ***Rotinas em ginecologia***. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 358 p. cap. 19.
31. GOMPEL, C., KOSS. L.G. ***Citologia ginecológica e suas bases anatomoclínicas***. São Paulo, Manole, 1997.
32. GRIMES, D. A. Prevenção primária do câncer ginecológico. ***GO Atual – Revista de Ginecologia – Obstetrícia***: ano 5, 1996.
33. HALL, I.E. , WEAVER, B.R. ***Enfermeria en salud comunitária: un enfoque de sistemas***. Washington, 1990. cap 16: Un enfoque preventivo para la practica de la enfermeria, p.313 – 323.
34. IBGE apud CEARÁ. Secretaria de Saúde. ***Plano do programa nacional de combate ao cancer de colo uterino no Estado do Ceará***. Fortaleza, 1998.
35. JAMES, G. apud AGUILAR. M.I., EGG, E. A. ***Avaliação de serviços e programas sociais***. Petrópolis: Vozes, 1994.
36. KARAM, S.M. et al. Prevenção do carcinoma do colo uterino em uma Unidade Saldria da UFPel. ***Rev. Bras. Cancerol.***, v.42, n.2, p. 87– 91, 1996.
37. KAVFANN, F. ***Metodologia das ciências sociais***. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1997.
38. KESTENBERG, C.C. F. ***Avaliação: casos nosso de todo dia*** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1996.
39. KURMAN, R. J., SOLOMON, D. ***O sistema Bethesda para o relato de diagnóstico citológico cervicovaginal***. Rio de Janeiro, 1997.
40. LOPES, R. L. M. ***O Averso da prevenção do câncer cérvico – uterino: o existir feminino sob a ótica da enfermagem***. Rio de Janeiro. 1996. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Rio de Janeiro.
41. LOPES, R. L. M., SOUSA, I. E. O. Prevenção do câncer cérvico – uterino: desafio para todos. ***Femina***, v. 23, n. 5, p. 463, 1995.

42. MALIK, A. M. **Avaliação, qualidade e gestão para trabalhadores da área de saúde e outros interessados.** São Paulo: SENAC. 1996.
43. **MANUAL de normas e rotinas em patologia do trato genital inferior e em colposcopia.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia, 1998. 77p.
44. MAYOL. R. **Câncer e alma.** São Paulo: Mercuryo. 1989.
45. MILLER, A. B. La detección temprana y el tamizaje en el control del câncer. **Bol. Oficina Sanit Panam.**, v.118, n.1, p.80-83, 1995.
46. MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde:** São Paulo: HUCITEC, 1993.
47. MUÑOZ, N. et al. apud ROBLES, S.C., WHITE, F., PERUGA, A. Tendencias de la mortalidad por câncer de cuello de útero en las Américas. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, v. 121, n. 6, p. 478-490, 1996.
48. NOVAK, E.R. **Tratado de ginecologia.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977.
49. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS apud AGUILAR, M.I., AUDER, E. **Avaliação de serviço e programas sociais.** Petrópolis: Vozes, 1994.
50. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Manual de normas e procedimentos para o controle do câncer cérvico – uterino.** Washington, 1985. 55p. (Série PALTEX, n.6)
51. PARKER, S.L., TANG, T., BOLDEN, S., WINGO, P.A. Câncer estadísticas 1996. **CA Cancer J. Clin.**, v.46, n.1, p. 5-27, 1996.
52. PINOTT, I.A. Experiência crítica do programa de controle de câncer cérvico uterino de Campinas – Brasil. **J. Bras. Ginecol.**, v. 82, n. 4, p. 461-471, 1986.

53. RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1985.
54. RICHART, BARRON, apud BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Nacional de combate ao cancer de colo uterino: a estratégia brasileira.** Brasília, 1998.
55. RICHART, R. M , NUOVO,G. apud GOMPEL, C., KOSS. L.G. **Citologia ginecológica e suas bases anatomoclínicas.** São Paulo, Manole,1997. p. 80.
56. ROBBINS, S.L. et al. **Patologia estrutural e funcional.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. Cap. 23, p. 930 – 981.
57. RODRIGUES, B.A . **Fundamentos de administração sanitária.** 2 ed. Brasília, 1979.
58. ROSEMBERG, I. **Tabagismo: enfoques relevantes.** Fortaleza,1999.
59. ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & saúde.** 3.ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1999.
60. RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa.** Petrópolis: Vozes, 1996.
61. SAUL, A. M. **Avaliação emancipatória: desafio à teoria e a prática de avaliação e reformulação de currículo.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995. 140p.
62. SANT' ANNA, I.M. **Por que avaliar? Como avaliar? Critérios e Instrumentos.** Petrópolis: Vozes, 1995.
63. SANTANA, T.G.H. A sexualidade da mulher na óptica da mulher ginecológica. In: HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia.** São Paulo: Roca, 1993.
64. SILVA Jr., A. M. **O colo uterino humano: noções básicas para o estudo do carcinoma epidermóide.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 288p.

65. SMELTZER, S.C., BARE, B.G. **BRUNNER , SUPDARTH** *Tratado de enfermagem médico – cirúrgica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. v.3, cap. 45: Cuidados à mulher com distúrbios do sistema reprodutor. p. 10 71-1092.
66. SOARES, P.R.B., BETAT, R., SCALCO, S. Câncer de colo e corpo uterino: epidemiologia, diagnóstico precoce e prevenção. In: XAVIER, N. L. **Manual de ginecologia**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
67. TRIVINOS, A N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**; a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.
68. TYLER, R.W. apud AGUILAR, M.J., EGG, E. A.. **Avaliação de serviços e programas sociais.** Petrópolis: Vozes, 1994. p.24.
69. VIEIRA, L.F. Câncer do colo uterino: prevenção e diagnóstico precoce. In: HALBE, W. H. **Tratado de ginecologia.** São Paulo: Roca, 1989. v.2, p.1544 – 1547.
70. WHARTON, IT. **Neoplasms of the cervix.** In: HOLAND, J.F., BAST Jr., R.C., NORTON, O.L., FREI III, E., KUJE, D.W.(Eds.) **Câncer medicine.** 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.p. 2227.
71. XAVIER, N. L. et al. **Manual de ginecologia.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ANEXO 1

Instrumento de Coleta

1. Que significou para você trabalhar na campanha de prevenção de colo uterino?
2. que pontos você avalia como positivos e negativos?
3. Caracterize o papel da enfermeira na campanha.
4. Quais as estratégias utilizadas em nível municipal para mobilizar as mulheres?
5. O que você sugere para melhorar as próximas campanhas de prevenção do câncer de colo uterino?

ANEXO 2

Distribuição dos DERES a % de Meta Atingida

Dados por DERE e Faixa Etária
Período: 18/08 a 30/09/98.

DERES	N.º Municípios	N.º Mulheres de 35-49	Meta a ser atingida 70%	Total de atendimento	% Atingido
FORTALEZA	1	72.857	51.000	24.521	48
1º DERES	35	33.698	23.589	19.656	83
2º DERES	12	8.802	6.162	5.742	93
3º DERES	11	7.312	5.119	5.087	99
4º DERES	8	7.558	5.291	6.366	120
5º DERES	15	14.834	10.384	10.671	102
6º DERES	10	5.647	3.953	3.593	90
7º DERES	8	6.992	4.895	4.908	100
8º DERES	10	8.000	5.600	5.181	92
9º DERES	7	4.622	3.236	3.035	93
10º DERES	28	17.151	12.006	9.421	78
11º DERES	5	3.444	2.411	1.818	75
12º DERES	8	6.467	4.527	3.819	84
13º DERES	19	11.707	8.195	7.348	89
14º DERES	7	4.988	3.492	3.541	101
TOTAL	184	214.079	149.860	114.707	77

ANEXO 3

Distribuição dos DERES segundo a % de meta atingida de todas as faixas etárias no período da Campanha - Ceará - 1998.

DERES	Meta	% Atingido	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60	Total de 35 a 39 anos	TOTAL
Fortaleza	51.000	48	575	2.172	3.726	4.399	4.766	10.533	7.897	6.091	1.652	1.104	1.448	24.521	44.363
1ª DERES	23.589	83	293	1.508	3.043	3.371	3.930	8.400	5.990	5.266	1.553	1.113	1.296	19.656	35.763
2ª DERES	6.162	93	15	121	228	323	471	2.293	1.779	1.670	314	189	161	5.742	7.564
3ª DERES	5.119	99	1	76	282	461	567	2.129	1.745	1.213	149	58	30	5.087	6.711
4ª DERES	5.291	120	1	59	199	257	328	2.428	1.996	1.942	182	82	120	6.366	7.594
5ª DERES	10.384	102	1	54	260	411	465	4.231	3.405	3.035	289	116	126	10.671	12.393
6ª DERES	3.953	59	2	103	319	422	557	1.384	1.187	1.022	385	230	242	3.593	5.853
7ª DERES	4.895	100	6	121	291	312	440	1.910	1.613	1.385	228	125	164	4.908	6.595
8ª DERES	5.600	92	2	37	115	120	275	1.957	1.651	1.573	99	53	45	5.181	5.927
9ª DERES	3.236	93	17	86	201	221	300	1.233	877	925	99	83	112	3.035	4.154
10ª DERES	12.006	78	17	146	390	585	734	3.659	2.980	2.782	336	189	217	9.421	12.035
11ª DERES	2.411	75	0	23	29	44	111	741	528	549	76	34	33	1.818	2.168
12ª DERES	4.527	84	0	6	24	47	104	1.502	1.159	1.158	108	29	32	3.819	4.169
13ª DERES	8.195	89	40	247	522	548	686	2.857	2.341	2.150	322	251	225	7.348	10.189
14ª DERES	3.492	101	3	32	79	136	188	1.331	1.168	1.042	87	69	51	3.541	4.186
TOTAL	149.860	77	973	4.791	9.708	11.657	13.922	46.588	36.316	31.803	5.879	3.725	4.302	114.707	169.664