



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

KYLVIA GARDÊNIA TORRES EDUARDO

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO
CONTROLE DO CÂNCER DE COLO UTERINO

FORTALEZA

2007

KYLVIA GARDÊNIA TORRES EDUARDO

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTROLE DO CÂNCER
DE COLO UTERINO

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

Linha de Pesquisa:
Enfermagem e as políticas e práticas de saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Escolástica Rejane Ferreira
Moura

FORTALEZA

2007

Ficha catalográfica

E26a Eduardo, Kylvia Gardênia Torres
Avaliação das ações de promoção da saúde voltadas ao
controle do câncer de colo uterino/ Kylvia Gardênia Torres
Eduardo. 2007.
107 f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Escolástica Rejane Ferreira Moura
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza,
2007.

1. Promoção da saúde. 2. Neoplasias do Colo do Útero. 3.
Cuidados de Enfermagem. I. Moura, Escolástica Rejane
Ferreira (Orientadora). II. Título.
CDD 616.99266

KYLVIA GARDÊNIA TORRES EDUARDO

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTROLE DO CÂNCER
DE COLO UTERINO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data de defesa: 19/12/2007

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Escolástica Rejane Ferreira Moura (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^ª. Dr^ª. Raimunda Magalhães da Silva
Universidade de Fortaleza-UNIFOR
(Membro Efetivo)

Prof^ª. Dr^ª. Ana Karina Bezerra Pinheiro
Universidade Federal do Ceará-UFC
(Membro Efetivo)

Prof^ª. Dr^ª. Andréa Gomes Linard
Universidade de Fortaleza-UNIFOR
(Membro Suplente)

Aos meus familiares, em especial, ao meu esposo e filho, que mesmo estando ainda no ventre, tem vivenciado junto conosco esta conquista. Eu amo muito vocês. Obrigada por estarem ao meu lado e me fazerem acreditar que todas as coisas são possíveis àqueles que crêem em Deus.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, todo poderoso, que mesmo quando as coisas pareciam difíceis, operou verdadeiros milagres. Obrigada meu Senhor, nada disso seria possível sem a tua mão forte estar me guiando!

A meu querido pai, **Eduardo**, pela educação, amor, cuidado... Você é um pai inesquecível e sempre estará no meu coração. Pai, você foi, é e sempre continuará sendo o meu exemplo de humildade, honestidade, amor, carinho, fidelidade e de pai. Amo você.

A minha querida mãe, **Socorro**, pelo companheirismo, pelas palavras sábias, pelo amor... Você é a melhor mãe do mundo. Obrigada por estar ao meu lado sempre. Amo muito você.

Ao meu esposo, **Wilker**, por me incentivar e apoiar na busca dos meus sonhos. Obrigada por estar ao meu lado, por me ajudar na digitação e nos cálculos estatísticos, por compreender a minha ausência em eventos ou atividades domésticas... Obrigada amor, por ser meu alicerce, meu amante e meu amigo, amo você e amarei sempre!

Ao meu/minha filho(a), que ainda está no ventre. Você é um presente de Deus. Nós já te amamos muito. Que Deus nos ilumine para te educarmos nos Seus caminhos enquanto estivermos aqui neste mundo.

Ao meu querido irmão, **Thiago**. Sei que sempre soube o quanto amo você, mas gostaria de enfatizar esse sentimento inexplicável ao agradecê-lo por simplesmente fazer parte da minha vida. Obrigada pela amizade e companheirismo em todos os momentos que passamos juntos. Amo você.

A toda minha **família e amigos**, pelo apoio e amizade.

A minha sogra, **Zefinha**, pelo cuidado prestado e pelas palavras de encorajamento. Você tem sido uma verdadeira mãe, muito obrigada!

A minha cunhada e amiga, **Leidiana**, que desde a infância tem participado das minhas conquistas. Você foi e continua sendo a minha melhor amiga. Amo você.

A minha orientadora, **Escolástica Rejane Ferreira Moura**, que se mostrou uma EXCELENTE mestra, segundo a definição de Augusto Cury. Você é verdadeiramente inesquecível. Não tenho palavras para agradecer os presentes que você me concedeu nestes

dois anos de convivência: amor, amizade, conhecimento, companheirismo... Amo muito você, minha querida mestra!

A enfermeira **Carolina Barbosa Jovino de Sousa**, pela dedicação e colaboração nessa pesquisa, pelos momentos que reservou para me ensinar a trabalhar com o programa de estatística. Você foi iluminada por Deus para me ajudar. Muito obrigada.

As **enfermeiras das equipes de PSF** de São Gonçalo do Amarante e ao secretário de saúde **Alisson Farias**, pela disponibilidade e atenção prestadas na execução do presente estudo. Sem a colaboração de vocês este trabalho não seria possível. Muito obrigada.

A todos que contribuíram direta e indiretamente para elaboração desse trabalho. Muito obrigada!

“Um bom mestre possui eloquência, mas um excelente mestre possui mais do que isso: possui capacidade de surpreender seus alunos, instigar-lhe a inteligência. Um bom mestre transmite o conhecimento com dedicação, enquanto que um excelente mestre estimula a arte de pensar. Um bom mestre procura seus alunos porque quer educá-los, mas um excelente mestre lhes aguça tanto a inteligência que é procurado e apreciado por eles. Um bom mestre é valorizado e lembrado durante o tempo de escola, enquanto que um excelente mestre jamais é esquecido, marcando sempre a história dos seus alunos” (Cury, A. J., 2006).

RESUMO

O câncer de colo uterino (CCU), segunda causa de morte por neoplasias em mulheres, caracteriza-se por possuir fatores de risco relacionados a hábitos e estilos de vida que poderiam ser minimizados e/ou eliminados através de ações de promoção da saúde. Para tanto, realizou-se o presente estudo com os objetivos de avaliar as ações de promoção da saúde desenvolvidas por enfermeiras do Programa de Saúde da Família (PSF) no controle do CCU, identificar fatores de risco para CCU e verificar associação entre a promoção de informações sobre os fatores de risco e o conhecimento das usuárias sobre esses fatores. Tratou-se de estudo avaliativo realizado no município de São Gonçalo do Amarante - CE, com 11 enfermeiras e 390 usuárias que compareceram a unidade de saúde para realização do exame de Papanicolaou no período de maio a agosto de 2007. Os dados foram coletados por meio de entrevista, observação indireta da coleta citológica e registros fotográficos e documentais das ações de promoção da saúde. Foram utilizados três instrumentos: um questionário voltado ao levantamento do perfil profissional das enfermeiras; e dois formulários, um abordando as cinco estratégias de promoção da saúde e outro voltado à vulnerabilidade das clientes. Os dois primeiros foram aplicados às enfermeiras e o último às usuárias. O formulário aplicado às enfermeiras teve como base o instrumento de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) adotada pelo Ministério da Saúde. Os dados estatísticos foram analisados através do sistema SPSS 13.0 e discutidos segundo a literatura pertinente. Verificou-se a realização de ações de promoção da saúde principalmente relacionadas às estratégias de promoção de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e políticas públicas saudáveis, em detrimento das estratégias de participação comunitária e reorientação dos serviços de saúde. Observou-se a participação multiprofissional nas ações promotoras de saúde e a diversidade de técnicas e recursos utilizados nas atividades educativas. Os fatores de riscos para CCU mais presentes na população feminina estavam relacionados às condições socioculturais, econômicas e à saúde sexual e reprodutiva. A maioria das usuárias (61,28%) referiu conhecer, no mínimo, um fator de risco para CCU. Os fatores de risco mais conhecidos foram: pluralidade de parceiros, higiene íntima inadequada, desuso de condom e infecções genitais de repetição. A enfermeira foi reconhecida como a principal fonte de informação, pelas clientes. As mudanças, mais citadas, ocasionadas pelo conhecimento dos fatores de risco foram: realização periódica do exame de Papanicolaou, monogamia e uso de condom. Verificou-se associação estatisticamente relevante entre as ações educativas desenvolvidas pelas enfermeiras no controle do CCU e o conhecimento das usuárias sobre os fatores de risco. Portanto, o estudo demonstrou a atuação das enfermeiras como as principais agentes promotoras de saúde. Contudo, ainda existe a necessidade de envolver a comunidade e os demais setores da sociedade na discussão e enfrentamento dos problemas de saúde, o que justificaria estudos nessa área.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Neoplasias do Colo do Útero. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The cervical cancer (CCU) is the second death's cause of women for neoplasms, it is characterized for possessing risk factors related the habits and lifestyles that could be minimized and/or eliminated through health promotion's actions. For in such a way, the purpose of the present study were: evaluating the health promotion's actions developed by nurses from the Family's Health Program(PSF) related the CCU's control, identifying CCU's risk factors and verifying association among information's promotion about risk factors and the users' knowledge about those factors. Evaluation study accomplished in São Gonçalo do Amarante city – Ceará, with 11 nurses and 390 users had done Papanicolaou's smear in the period of May to August, 2007. The data were collect through interview, indirect observation of the cytological collect and photographic and documental registrations of the health promotion actions. Three instruments were used: a questionnaire about the nurses' professional profile; and two formularies, the first approached the five strategies of health promotion and the second about the patients' vulnerability. The first two were applied to the nurses and the last to the users. The first formulary had as base the instrument of Evaluation for the Quality's Improvement of the Family's Health Strategy (AMQ) adopted by Ministry of the Health. The statistical data were analyzed through the system SPSS 13.0 and discussed according to the pertinent literature. The main health promotion's actions accomplishment were related the strategies of promotion of favorable ambient to the health, development of personal abilities and healthy public political, to detriment of the strategies of community participation and reorientation of the health services. The participation of the other professional, the diversity of techniques and resources used in the educational activities were observed in the health promoters actions. The CCU's risk factors for more present were related the social, cultural and economical conditions, and the sexual and reproductive health. Most of the users (61,28%) referred to know, at least, a risk factor for CCU. The risk factors more knower were: partners' plurality, inadequate intimate hygiene, condom disuse and genital infections of repetition. The nurse was recognized as the main source of information, for the patients. The changes, more mentioned, caused by the knowledge of the risk factors were: the accomplishment Papanicolaou's smear, monogamy and condom use. The statistic association was verified among the educational actions developed by the nurses in the CCU's control and the users' knowledge about the risk factors. Therefore, the study demonstrated the nurses' performance as the main agent promoters of health. However, still there is necessity to involve the community and the too much sectors of the society in the quarrel and confrontation of the health problems, what it would justify studies in this area.

Keywords: Health Promotion. Uterine Cervical Neoplasms. Nursing Care.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição do número de enfermeiras segundo as ações de promoção de ambientes favoráveis à saúde. São Gonçalo do Amarante-CE, 2007.....	49
Gráfico 2. Distribuição do número de enfermeiras conforme ações de incentivo à participação comunitária. São Gonçalo do Amarante-CE, 2007.....	54
Gráfico 3. Distribuição do número de enfermeiras de acordo com as ações de promoção do desenvolvimento de habilidades pessoais. São Gonçalo do Amarante-CE, 2007.....	58
Gráfico 4. Distribuição do número de enfermeiras de acordo com as ações de reorientação dos serviços de saúde. São Gonçalo do Amarante-CE, 2007.....	63
Gráfico 5. Distribuição do número de enfermeiras de acordo com as ações relacionadas às políticas públicas saudáveis. São Gonçalo do Amarante-CE, 2007.....	66
Gráfico 6. Distribuição do número de mulheres segundo conhecimento sobre os fatores de risco para câncer de colo uterino. São Gonçalo do Amarante-CE, mai-ago 2007.....	77
Gráfico 7. Distribuição do número de mulheres segundo os fatores de risco conhecidos. São Gonçalo do Amarante-CE, mai-ago 2007.....	81
Gráfico 8. Distribuição do número de mulheres segundo fontes de informação sobre fatores de risco. São Gonçalo do Amarante-CE, mai-ago 2007.....	82
Gráfico 9. Distribuição do número de mulheres segundo adoção de hábitos saudáveis após conhecimento dos fatores de risco. São Gonçalo do Amarante-CE, mai-ago 2007.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição do número de mulheres segundo aspectos sócio-demográficos. São Gonçalo do Amarante-CE, mai-ago 2007.....	68
Tabela 2. Distribuição do número de mulheres segundo fatores de risco sócio-culturais e realização do Papanicolaou. São Gonçalo do Amarante-CE, mai-ago 2007.....	71
Tabela 3. Distribuição do número de mulheres segundo fatores de risco relacionados ao Índice de Massa Corporal, tabagismo e uso de anticoncepcional hormonal. São Gonçalo do Amarante-CE, mai-ago 2007.....	73
Tabela 4. Distribuição do número de mulheres segundo fatores de risco relacionados à saúde sexual e reprodutiva. São Gonçalo do Amarante-CE, mai-ago 2007.....	76
Tabela 5. Distribuição do número de mulheres de acordo com as variáveis sociodemográficas e o conhecimento dos fatores de risco para câncer de colo uterino. São Gonçalo do Amarante-CE, mai-ago 2007.....	78
Tabela 6. Distribuição do número de mulheres de acordo com fatores de risco socioculturais e realização do Papanicolaou e conhecimento de fatores de risco para o câncer de colo uterino. São Gonçalo do Amarante-CE, mai-ago 2007.....	79
Tabela 7. Distribuição do número de mulheres de acordo com fatores de risco relacionados ao Índice de Massa Corporal, tabagismo e uso de anticoncepcional hormonal e o conhecimento dos fatores de risco para câncer de colo uterino. São Gonçalo do Amarante-CE, mai-ago 2007.....	79
Tabela 8. Distribuição do número de mulheres de acordo com fatores de risco relacionados à saúde sexual e reprodutiva e o conhecimento dos fatores de risco para câncer de colo uterino. São Gonçalo do Amarante-CE, mai-ago 2007.....	80

Tabela 9. Distribuição do número de mulheres de acordo com as variáveis promoção de informação sobre CCU e conhecimento de fatores de risco para câncer de colo uterino. São Gonçalo do Amarante-CE, maio 2007.....	83
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	A Aproximação da Temática.....	15
1.2	Ações de Promoção da Saúde no Controle do Câncer de Colo Uterino.....	16
2	OBJETIVOS.....	21
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1	Fatores de Risco para Câncer de Colo Uterino.....	22
3.2	Estratégias de Promoção da Saúde e Câncer de Colo Uterino.....	25
3.2.1	Políticas Públicas de Saúde.....	25
3.2.2	Ambientes Favoráveis à Saúde.....	30
3.2.3	Ação Comunitária, Desenvolvimento de Habilidades Pessoais e Reorientação dos Serviços de Saúde.....	34
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	37
4.1	Tipo de Estudo.....	37
4.2	Universo do Estudo.....	38
4.3	População e Amostra.....	39
4.4	Instrumento e Coleta dos Dados.....	40
4.5	Organização dos dados para análise.....	41
4.6	Aspectos éticos.....	42
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	43
5.1	Perfil das Enfermeiras.....	43
5.2	Estratégias de Promoção à Saúde.....	44
5.2.1	Ambientes Favoráveis à Saúde.....	44
5.2.2	Participação Comunitária.....	52
5.2.3	Desenvolvimento de Habilidades Pessoais.....	55
5.2.4	Reorientação dos Serviços de Saúde.....	60
5.2.5	Políticas Públicas Saudáveis.....	64
5.3	Fatores de risco para câncer de colo uterino presentes em mulheres que buscam o exame de Papanicolaou.....	67
5.4	Conhecimento de mulheres sobre fatores de risco para câncer de colo uterino.....	77
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84

REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES	94
ANEXOS.....	104

1 INTRODUÇÃO

1.1 A Aproximação da Temática

O interesse por desenvolver estudos científicos na área da saúde da mulher, em especial na prevenção do câncer de colo uterino (CCU) surgiu durante a Graduação, enquanto bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Nesse período, o anseio por desenvolver a habilidade técnica em prevenção do CCU, bem como a prática nos estágios curriculares instigou o desejo e a concretização de estudo nessa área do cuidado.

Estudo efetuado no município de Paraipaba-CE junto a enfermeiras do Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de avaliar a atuação desses profissionais no atendimento em prevenção do CCU foi um estímulo para realizar a investigação presente. Verificou-se que as enfermeiras desse município realizavam a maioria dos procedimentos preconizados para a coleta citológica de forma adequada aos padrões de qualidade, definidos pela Secretaria Estadual da Saúde do Ceará (SESA-CE). Contudo, a investigação sobre fatores de risco e o registro destes no prontuário da cliente, era realizada de forma precária, comprometendo a definição da condição de risco da cliente, com relação à neoplasia de colo uterino. Outro fato relevante constatado foi a deficiência das informações fornecidas às mulheres, realizada em somente 38% dos atendimentos observados, incluindo explicação de como seria realizada a coleta citológica, importância do retorno para receber o resultado do exame de prevenção e a periodicidade do mesmo. Orientações voltadas para o autocuidado e para a proteção contra os fatores de risco eram fornecidas esporadicamente e sem seguir a sistematização do processo de Enfermagem (EDUARDO, 2005).

A importância de conhecer os fatores de risco, incluindo os aspectos socioeconômicos relacionados ao CCU, está em fornecer subsídios para o planejamento das ações de controle da neoplasia (ZEFERINO; GALVÃO, 1999). Dessa forma, podem-se estabelecer estratégias que capacitem essas clientes a exercerem maior controle sob sua qualidade de vida, elevando-a a promotora de sua própria saúde, o que é alcançado através de uma relação saudável entre profissional e cliente (INOSOJA, 2005). Entretanto, percebe-se pela prática no PSF, que os profissionais de saúde, em particular o enfermeiro, que na maioria das equipes de PSF é o responsável pela coleta citológica, se limitam a realizar o exame preventivo, deixando de desenvolver as ações de promoção à saúde no respectivo campo de atuação.

Reconhecendo o CCU como uma neoplasia cujos fatores de risco envolvem hábitos e estilos de vida passíveis de mudanças e que estas dependem principalmente do conhecimento das mulheres sobre estes fatores, percebe-se a relevância de exercer as ações preventivas em conjunto com as ações de promoção da saúde.

Ao cursar a Disciplina Promoção da Saúde ofertada no Curso de Mestrado em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da UFC, verificou-se a importância das ações de promoção da saúde no controle do CCU, a escassez com que são realizadas e a necessidade de desenvolver estudos nessa área.

Mediante o exposto, definiu-se pela realização do presente estudo que tem como objeto de investigação as ações de promoção da saúde voltadas ao controle do CCU.

1.2 Ações de Promoção da Saúde no Controle do Câncer de Colo Uterino

Nas últimas décadas, o mundo tem vivenciado uma fase de transição epidemiológica, marcada pela diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e pelo aumento proporcional da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer.

Evidências mostram que, na atualidade, a saúde está mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à idéia hegemônica da sua determinação genética e biológica (BRASIL, 2002a).

Durante a década de 60, realizaram-se debates em diversos países com o objetivo de ampliar o conceito de saúde que até então estava vinculado ao processo saúde-doença. Tais discussões questionaram alguns paradigmas estabelecidos pela Medicina, como os de cunho curativo e medicamentoso. Constatou-se que as doenças da “modernidade” não poderiam ser enfrentadas somente com ações individualizadas e medicamentosas, era necessário ir além. O modelo sanitário hegemônico, baseado no modelo biomédico, não era suficiente para enfrentar os novos problemas de saúde, conseqüentes da modernidade e do desenvolvimento da tecnologia (CZERESNIA, 2003).

Países se reuniram em conferências internacionais para discutirem e elaborarem estratégias que promovessem a saúde, comprometendo-se em educar para a autonomia, em construir ambientes saudáveis e em fornecer qualidade de vida para seus habitantes. O discurso sobre saúde, então, passou a focalizar qualidade de vida, em contraposição ao domínio médico sobre processo saúde-doença, sendo alvo de estudo não apenas da Medicina, mas articulando-se com movimentos sociais, como o movimento feminista, o movimento ecológico/ambientalista, e com outras ciências.

Os movimentos deste período convergiram na formação de um novo paradigma de saúde formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978), a qual propôs a “Saúde Para Todos no Ano 2000” a ser promovida pela estratégia de valorização e priorização da “Atenção Primária de Saúde”(BRASIL, 2001).

Esse novo paradigma de saúde alcançou destaque especial na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), que teve como fruto a Carta de Ottawa, considerada o marco referencial no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo.

A promoção da saúde foi então conceituada como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2001). Foi associado a esse termo, um conjunto de valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento e participação.

Como estratégias para alcançar melhor qualidade de vida foram propostas ações do Estado, através de políticas públicas saudáveis, participação comunitária nestas políticas, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde e parcerias intersetoriais, criando ambientes favoráveis à saúde (CZERESNIA, 2003).

Até então, Promoção da Saúde era classificada segundo a concepção de Lewel e Clark (1976), como um subconjunto da Prevenção, constituindo-se o nível mais básico, abrangente e inespecífico desta etapa da assistência. Neste sentido, os conceitos de prevenção e promoção, além de indissociáveis, eram similares.

Contudo, o novo paradigma de promoção rompe com essa classificação, restringindo prevenção a um conjunto de medidas tomadas para afastar a doença do indivíduo, impedindo o surgimento ou agravamento de uma determinada condição mórbida. Por outro lado, promoção seria caracterizada como a/as intervenção(ões) realizada(s) com o objetivo de eliminar permanentemente ou de forma duradoura, as doenças, atingindo suas causas mais básicas (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Promover saúde, nessa nova concepção, não é apenas impedir que a doença se instale no organismo, mas capacitar os indivíduos, fornecendo informações e meios para que estes realizem completamente seu potencial de saúde.

Como mencionado anteriormente, tais discussões partiram da percepção de que as mais elevadas taxas de morbidade e de mortalidade estavam relacionadas às doenças crônico-degenerativas, exacerbadas pelo aumento da expectativa de vida.

Dentre essas doenças, destaca-se o câncer, que anualmente tem ceifado milhares de vida, sendo considerado um problema de Saúde Pública. Segundo as estimativas para o ano de 2006, o número de casos novos, no Brasil, seria 472.050, para todos os tipos de câncer, enquanto para a população feminina, o número estipulado seria 237.480 (BRASIL, 2007).

Acompanhando o mesmo perfil de magnitude do mundo, os tipos mais incidentes de câncer na população feminina são os de mama e de colo uterino. O número de casos novos de CCU no Brasil, segundo as estimativas para 2008, seria de 18.680, com um risco estimado de 19 casos para cada 100 mil mulheres. Para o Ceará a estimativa é de 18,49 casos para cada 100 mil mulheres, perfazendo um total de 240 novos casos (BRASIL, 2007).

O CCU, responsável por cerca de 230.000 mil mortes ao ano em todo o mundo (BRASIL, 2007), é uma neoplasia maligna que, apesar de apresentar decréscimo no índice de mortalidade nos últimos anos, persiste com cifras elevadas. Em duas décadas (1979-1999), a mortalidade por essa neoplasia teve um decréscimo de apenas 0,61% (BRASIL, 2006a).

Vale ressaltar, que a implementação do programa nacional de rastreamento do CCU no Brasil, Programa Viva Mulher, só foi implantado a partir 1995, o que responderia, em parte, pela manutenção elevada dos índices de mortalidade, já que a detecção de casos novos depois do programa se tornou mais efetiva.

Por outro lado, após uma década de existência do Programa, não se tem alcançado o impacto esperado sobre o agravo. Isso levou o Ministério da Saúde a repensar as estratégias adotadas para controlar o CCU, culminando com a Política Nacional de Atenção Oncológica.

A política Nacional de Atenção Oncológica (Portaria GM/MS N° 2439/05) incorporou, como componente fundamental no controle do câncer, as estratégias para “promoção e vigilância em saúde”, definidas como: o estímulo à alimentação saudável e a prática da atividade física; a redução e controle de fatores de risco; a mudança no modo de viver, promovendo melhor qualidade de vida; a superação da fragmentação das ações de saúde, articulando diversos setores em busca de uma maior efetividade e eficiência; e a preservação do meio ambiente (BRASIL, 2005a).

Enquadram-se, ainda, como ações de promoção da saúde no controle do CCU, as atividades de educação em saúde voltadas para a adoção de comportamento sexual seguro, monogamia mútua, abstinência ao tabaco, alimentação saudável, atividade física regular e o tratamento dos processos inflamatórios e das doenças sexualmente transmissíveis (DST) (BRASIL, 2006a).

Estudo mostra que uma alimentação saudável pode reduzir as chances de câncer em pelo menos 40% (BRASIL, 2006a). Outra experiência, em Karelia do Norte (área geográfica

localizada no norte da Europa), trabalhando fatores de risco, verificou que o estímulo a hábitos e estilos de vida saudável reduziu a mortalidade por câncer em 44% (BRASIL, 2002a).

Levando-se em consideração os diversos fatores de risco para o desenvolvimento do CCU, as ações de promoção da saúde estimulariam mudanças de hábitos e estilos de vida, tais como: a utilização de condom em todas as relações sexuais; a realização da higiene íntima adequada; a realização do exame de prevenção do CCU anualmente, ou trienal após dois resultados consecutivos negativos; a observância ao tratamento prescrito ou encaminhamento para unidade de referência; o aumento da ingestão de frutas, verduras e cereais nas refeições diárias; a manutenção de relações sexuais com um único parceiro e a realização de exercício físico regularmente.

Além disso, promover saúde no controle do CCU, segundo as cinco estratégias de promoção da saúde citadas na Carta de Ottawa, envolve a elaboração de políticas públicas saudáveis que garanta à população melhor oferta e acesso ao serviço; estímulo à participação de mulheres no planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas no controle do CCU; e elaboração de projetos que promovam o desenvolvimento de habilidades pessoais, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida da clientela.

Percebe-se, pois, que para tornar a promoção da saúde uma realidade, existe a necessidade de envolver profissionais da área da saúde, gerentes locais, municipais, estaduais e federais, bem como mulheres e comunidade como co-responsáveis pelo controle da neoplasia, numa cumplicidade mútua.

Segundo a Política Nacional de Atenção Oncológica, as ações de promoção da saúde devem ser realizadas preferencialmente na Rede de Serviços Básicos de Saúde, pelas Equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Este se constitui em “estratégia orientada pela lógica da territorialização, da vinculação, responsabilização e do olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões sociais e culturais, onde estão inseridas as famílias e os indivíduos” (BRASIL, 2002a, p. 10). Portanto, tem o potencial para romper com a lógica hegemônica do cuidado individual, curativo e tornar-se importante espaço para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Dentre os profissionais que atuam na atenção básica, em especial no PSF, o enfermeiro tem importante papel como promotor de saúde no controle do CCU, pois além de ser o principal responsável pela assistência integral à saúde da mulher, também exerce, na maioria das vezes, a posição de gerente local.

É importante enfatizar que o enfermeiro, enquanto membro da equipe multiprofissional, é um dos agentes de educação para a saúde, objetivando integração em favor da promoção da saúde do paciente, da família e dos grupos sociais da comunidade (BRASIL, 2002b, p. 90).

Na prática, contudo, os enfermeiros estão tão envolvidos em atividades técnicas, que a promoção da saúde tem sido deixada à margem da assistência. Por outro lado, o discurso sobre saúde, no contexto da promoção é recente, o que explicaria a atuação destes profissionais ainda na visão curativa, medicamentosa e individualizada.

Avaliação da produção científica nos países da América Latina e Caribe nos últimos 11 anos (1995-2005) sobre o câncer de colo uterino, concluiu que os estudos realizados na última década têm abordado principalmente os aspectos epidemiológicos e clínicos da neoplasia e identificou a necessidade de produção científica que analisasse a vulnerabilidade, inserção social e técnicas para apropriação de conhecimento sobre o CCU por parte das mulheres, para que estas pudessem exercer maior autonomia sobre sua saúde (GUANILO *et al.*, 2006).

Levando em consideração a escassez de estudos sobre promoção da saúde no controle do câncer de colo uterino e a importância do enfermeiro do PSF na efetivação dessas ações, foram elaborados os seguintes questionamentos: Quais as ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros do PSF que contribuem para o controle do câncer de colo uterino? Quais os fatores de risco para câncer de colo uterino presentes na população de mulheres que procuram o exame de prevenção?

Para responder a essas inquietações decidiu-se por desenvolver o presente estudo com os objetivos que se apresentam a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos

- Avaliar atividades de promoção da saúde desenvolvidas por enfermeiras de equipes de PSF voltadas ao controle do câncer de colo uterino;
- Identificar fatores de risco para câncer de colo uterino na população estudada;
- Verificar associação entre a promoção de informações voltadas para o controle do CCU e o conhecimento das usuárias sobre fatores de risco.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Fatores de Risco para Câncer de Colo Uterino

O CCU predomina na faixa etária de 30 a 45 anos, todavia há registro de casos aos 18 anos (SMELTZER; BARE, 2002). Quando em estágio avançado, as principais manifestações clínicas incluem a hemorragia ou sangramento pós-coito, a micro-hemorragia sem causa aparente, a leucorréia purulenta, a dor pélvica, a perda de urina ou fezes pela vagina, a anorexia e a perda de peso. A secreção vaginal no câncer cervical avançado aumenta gradualmente e torna-se aquosa e, por fim, escurecida e com odor fétido pela necrose e infecção do tumor (AVOUB, 2000).

Inicia-se com lesão pré-invasiva, sendo curável em até 100% dos casos detectados precocemente (lesões intra-epiteliais escamosas de baixo e de alto grau) (BRASIL, 2002c). O Papiloma Vírus Humano (HPV), infecção por HIV e/ou imunossupressão, início precoce de atividade sexual (antes dos 18 anos), gravidez na adolescência, a pluralidade de parceiros sexuais ou parceiro sexual masculino com múltiplas parceiras, multiparidade, desuso de métodos anticoncepcionais de barreira (condom masculino ou feminino), higiene íntima inadequada, infecções genitais de repetição, tabagismo, uso prolongado de contraceptivos orais, baixas condições socioeconômicas e deficiências nutricionais, constituem fatores de risco para o desenvolvimento de alterações epiteliais, podendo evoluir no decorrer de vários anos para câncer invasor (CEARÁ, 2002; BRASIL, 2002b; 2006a; SMELTZER; BARE, 2002).

Percebe-se, pois, a necessidade de envolver mulheres e comunidade como co-responsáveis pela prevenção da neoplasia, o que exige ações de promoção da saúde que proporcionem mudanças de comportamentos e adoção de hábitos saudáveis de vida.

O HPV é uma doença sexualmente transmissível (DST), com mais de 100 tipos de vírus reconhecidos na atualidade. Entretanto, 20 podem infectar o trato genital, e desses 14 (os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 46, 51, 52, 56, 58, 59 e 68) possuem alto potencial oncogênico (BRASIL, 2006a).

Quando associado a outros fatores de risco, como história progressiva de DST, o HPV representa importante papel na progressão das lesões escamosas intraepiteliais para a malignidade, constituindo-se no principal fator causal do CCU (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005; SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005). Portanto, todo comportamento que

exponha a mulher ao risco de adquirir uma DST, como pluralidade de parceiros, início das relações sexuais em idade precoce ou gravidez na adolescência, bem como a não utilização de métodos de barreira para proteção contra DST e higiene íntima inadequada, constituem fonte de contaminação pelo HPV e conseqüentemente para o CCU (BRASIL, 2005).

Atualmente, a infecção pelo HIV e a presença de doenças imunossupressoras têm apresentado forte relação com o CCU, fazendo parte do conjunto de fatores de risco para essa neoplasia por induzir a replicação do HPV e promover a reativação e a persistência do vírus (INCA, 2002a; COELHO *et al.*, 2004).

Quanto ao início precoce da atividade sexual e à gravidez na adolescência, estudos mostram que nesse período as células do colo, além de apresentarem imaturidade fisiológica, se transformam rapidamente, tornando essas mulheres mais vulneráveis a alterações intra-epiteliais (MADELEINE, 1996; TUBAKI, 2003).

Estudo com portadoras de CCU comprovou que o início precoce da atividade sexual é um fator de risco, ao observar que 69,8% das participantes tiveram relação sexual antes dos 18 anos. Também relacionou a multiparidade com a maior incidência de câncer de colo uterino, visto a maioria das mulheres em estudo terem apresentado mais que quatro gestações ou parto (MURTA *et al.*, 1999).

Outro fator de risco comportamental para o desenvolvimento do câncer de colo uterino é a pluralidade de parceiros, tanto por parte da mulher quanto do companheiro. O motivo para estar enquadrado entre os fatores de risco reside na maior possibilidade de transmissão de HPV e de outras DST, como o HIV/Aids (BRASIL, 2006a). Enfatiza-se, entretanto, que esse comportamento constitui-se fator de risco quando há desuso ou uso inadequado do preservativo masculino ou feminino.

O preservativo masculino constitui-se fator protetor para CCU, pois tem demonstrado diminuição dos índices da patologia entre os usuários. Contudo, não oferece proteção completa contra as DST, já que o intróito, o períneo, a vulva e o escroto ficam descobertos por este método, locais comumente infectados pelo HPV e outras DST (SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005). Por outro lado, os métodos de barreira só oferecem proteção significativa quando usados em todas as relações sexuais, o que nem sempre é seguido.

A higiene íntima inadequada, da mulher e do parceiro, é responsável pelo aumento do número de processos inflamatórios, especialmente por vírus, atualmente considerada fator de risco para câncer do colo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 2007).

A infecção recorrente do trato genital, além de ser uma conseqüência da higiene íntima inadequada, também é maior em mulheres imunodeprimidas. Os agentes infecciosos, quer

sejam viral, bacteriano ou fúngico, promovem ambiente favorável para adquirir DST. Mulheres com DST apresentam alterações celulares do colo do útero cinco vezes mais que as demais (BRASIL, 2006a).

Outro fator de risco refere-se ao hábito de fumar. Segundo estudo realizado na década de 90, as mulheres fumantes, quando comparadas às demais, apresentaram o dobro da probabilidade de ter CCU (WINKLESTEIN, 1990). Ressalta-se que esse risco é diretamente proporcional a quantidade de cigarros consumidos pela mulher (INCA, 2005). Estudo prospectivo, que acompanhou 1.812 mulheres em um período de 10 anos, revelou que o risco relativo de desenvolver NIC III ou câncer cervical foi de 4,3 para mulheres que fumavam um ou mais maços de cigarros por dia, comparando-se a 3,3 para ex-fumantes. Para as mulheres que fumavam menos que um maço de cigarros por dia, o risco relativo foi de 2,9 (CASTLE et al, 2002).

O uso de contraceptivos combinados orais (ACO) por um período prolongado (mais de cinco anos) é considerado por alguns autores como fator de risco para o desenvolvimento do CCU, sendo confirmado por associações estatísticas (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005; BRASIL, 2006a). Entretanto, estudo comparando mulheres que nunca haviam usado ACO com aquelas que haviam usado o método contraceptivo em algum momento da vida, concluiu que além de não aumentar o risco para CCU, o ACO poderia prevenir alguns tipos de cânceres (SOCIEDAD ANDALUZA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, 2007).

As condições sócio-econômicas e culturais têm mantido uma forte associação com a incidência de câncer. No Ceará, um estudo epidemiológico realizado em serviço terciário de referência para neoplasias, corroborou a literatura ao constatar que 288 (26,6%) das mulheres com câncer de colo uterino eram analfabetas, 516 (47,6%) tinham ensino fundamental incompleto e 979 (62,6%) exerciam a profissão de doméstica (GUEDES; PORDEUS; DIÓGENES, 2005).

A ausência ou fragilidade das estratégias comunitárias (estratégias que promovam a saúde e previnam doenças) e a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para diagnóstico precoce e tratamento adequado também são considerados fatores que contribuem para a incidência da neoplasia de colo uterino (BRASIL, 2006b).

3.2 Estratégias de Promoção da Saúde e Câncer de Colo Uterino

As Conferências Internacionais subseqüentes à ocorrida em Ottawa tiveram como propósito ampliar a discussão sobre promoção de saúde. Todas usaram a Carta de Ottawa

como fonte básica, aprofundando a discussão das estratégias por esta proposta: elaborar e implementar políticas públicas saudáveis (Adelaide, 1988); criação de ambientes favoráveis à saúde (Sundsväl, 1991); reforço à ação comunitária (Jarkata, 1997); desenvolvimento de habilidades pessoais (México, 2000); e reorientação dos sistemas de saúde (CZERESNIA, 2003).

Segue abaixo uma explanação relacionando essas cinco estratégias de promoção da saúde com as ações a serem desenvolvidas no controle do CCU.

3.2.1 Políticas Públicas de Saúde

As políticas nacionais de saúde do início do século XX incorporavam a saúde da mulher somente no âmbito materno-infantil, ou seja, só visavam os cuidados com a gravidez e o parto. A mulher só era vista no sentido biológico da procriação. Essas políticas predominaram por um período longo da história brasileira.

Na década de 70, um grupo formado por médicos, sociólogos, sanitaristas e profissionais vinculados ao movimento de mulheres começou a debater a necessidade de ofertar às mulheres um atendimento integral, no qual o corpo feminino fosse tratado como um todo, e não apenas assistido pela sua função reprodutiva (OSIS, 1998).

Em 21 de junho de 1983 foi apresentado a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado, através do então Ministro da Saúde Waldyr Arcorverde, a proposta de implementar o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), fruto dos debates do grupo acima mencionado e em resposta às pressões do movimento feminista nacional e às pressões externas (internacionais) por um programa de controle da fecundidade no País (OSIS, 1994).

O PAISM foi divulgado oficialmente, em 1984, e adotado em âmbito nacional a partir de 1985, como política do governo para a saúde da mulher. Foi a primeira tentativa do Estado de intervir, de forma oficial e explicitamente, no planejamento familiar e no controle da reprodução (OSIS, 1998).

Entretanto, o PAISM não tinha o planejamento familiar como único campo de atuação. Tinha como finalidade estratégica, atuar de forma normatizadora e regulamentadora, na assistência clínico-ginecológica (no controle e prevenção das ginecopatias prevalentes, controle e prevenção de DST/Aids, controle e prevenção do câncer ginecológico e de mama, planejamento familiar e climatério) e na assistência obstétrica (pré-natal, parto e puerpério,

aleitamento, intercorrências obstétricas e vigilância epidemiológica da morte materna) (FORMIGA FILHO, 1999).

O PAISM propunha-se a atuar na assistência a saúde da mulher de forma integral e equânime, abordando-a de maneira global e em todas as fases do seu ciclo vital. Incorporava como atividades um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnóstico precoce, tratamento e/ou recuperação, onde a mulher adquirisse conhecimento para exercer maior controle sobre sua saúde (FORMIGA FILHO, 1999; OSIS, 1998).

É relevante observar a ligação entre a proposta do PAISM, o momento histórico em que vivenciava o país e os debates mundiais sobre promoção da saúde.

O movimento feminista nacional passou a participar de eventos internacionais como o III e IV Encontro Internacional Mulher e Saúde (Genebra, 1981 e Amsterdam, 1984, respectivamente). Foram realizados, em território nacional, importantes eventos como o I Encontro Nacional de Mulheres sobre Saúde, Concepção e Aborto (Rio de Janeiro, 1983), o I Encontro Mulher e Saúde (Itapeverica da Serra, 1985) e o VII Encontro Nacional de Feminista (Minas Gerais, 1985) (OLIVEIRA, 2005a).

Nesse período, segundo Portella (2005), o movimento de mulheres foi fortemente marcado pelos princípios da Reforma Sanitária, princípios estes que culminaram com a redemocratização do país e a formulação e implementação da Constituição vigente e do novo modelo de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS).

O crescente engajamento das mulheres na luta por seus direitos e melhores condições de vida, contribuindo decisivamente no processo de redemocratização do país e conquistando ações específicas de promoção de sua cidadania, constituiu o impulso necessário para as primeiras decisões governamentais no amparo de medidas oficiais (FORMIGA FILHO, 1999, p. 153).

A luta por igualdade, universalidade, integralidade e equidade não surgiram somente no Brasil. Esses movimentos foram fortemente embasados e influenciados pelos debates mundiais sobre Promoção da Saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento mobilizador da Constituição de 1988, trazia em sua essência conceitos e princípios formulados em eventos internacionais como as Conferências Internacionais Sobre Promoção da Saúde.

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Adelaide, em 1988, enfatizou que as mulheres são as principais promotoras de saúde no mundo, sendo reconhecidas como modelos pelos seus grupos e organizações. Foi sugerido, nesse evento, que os países desenvolvessem planos nacionais voltados à saúde da mulher, respeitando e

priorizando a igualdade de direitos na divisão de trabalho; práticas de parto baseadas nas preferências e necessidades das mulheres e mecanismos de apoio à mulher trabalhadora, como licença-maternidade, licença para acompanhamento dos cuidados de filhos doentes, dentre outros (BRASIL, 2001).

Apesar da luta para se implantar uma política nacional para assistir à mulher integralmente, e mesmo existindo uma base sólida para formulação dessas políticas (Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas -NOB e Normas Operacionais de Assistência à Saúde -NOAS), o PAISM, ao final da década de 90, quando se expande o Programa Saúde da Família (PSF) pelo território nacional, ainda não havia sido consolidado, pelo contrário, atravessava um processo de extinção (PORTELLA, 2005).

O PSF é uma estratégia para substituir o modelo tradicional da atenção primária, tendo como pressupostos os princípios do SUS. Iniciou-se com algumas experiências bem sucedidas no ano de 1994, e tem como principal finalidade atender integral e continuamente à saúde dos indivíduos e da comunidade, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Constitui-se a porta de entrada do SUS (BRASIL, 2005b).

Atualmente, o PSF tem uma cobertura de 40,9% da população brasileira e tem como uma das áreas de atuação a saúde da mulher (BRASIL, 2005b). Esta área, por sua vez, compreende a atenção em pré-natal, planejamento familiar e prevenção do CCU, caracterizando-se a avaliação desta última, na perspectiva da promoção da saúde, como objeto deste estudo.

No PSF, a prevenção do CCU pode ser realizada tanto em nível primário, através da promoção de hábitos e comportamentos saudáveis, bem como em nível secundário, através do exame de Papanicolaou.

O exame de Papanicolaou é ofertado à população brasileira através do Programa Viva Mulher. Esse programa foi iniciado em 1995, após a participação do Governo na VI Conferência Mundial sobre a Mulher (China), mantendo-se ativo até os dias atuais. O Projeto Piloto para rastreamento dessa neoplasia foi implantado em 1996. Até então não existiu experiência prévia de implantação de programas nacionais de prevenção secundária no país (BRASIL, 2004a).

Em princípio, a prioridade de atendimento do Programa Viva Mulher eram as mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos de idade. A primeira fase de intensificação do programa, ocorrida em 1998, contou com a participação de 97,9% dos municípios brasileiros, sendo realizados 3.177.740 exames de Papanicolaou (BRASIL, 2006).

Para melhor organizar as informações coletadas, bem como para avaliações posteriores e acompanhamento dos casos de risco, foi criado o Sistema de Informação do CCU (SISCOLO). Este é uma ferramenta necessária ao bom desempenho das ações de controle do CCU. Através desse sistema, podem-se avaliar as ações desenvolvidas, conhecer a prevalência das lesões precursoras entre mulheres com diagnóstico de CCU, a quantidade e adequabilidade da coleta de exames, o percentual de mulheres que estão em tratamento ou acompanhamento, avaliar a captação de novas mulheres e cobertura do programa de rastreamento, proporcionando informações à tomada de decisões (BRASIL, 2006a).

Ressalta-se a contribuição do Programa Viva Mulher na organização e padronização do atendimento ginecológico, pois anteriormente podia-se verificar escassez de profissionais da saúde capacitados para realizar o procedimento, o que atualmente ocorre em menor índice.

Apesar das conquistas alcançadas pelos programas e políticas implementadas na década de 90 para prevenir a morte de mulheres por causas preveníveis e, em especial, a grande participação do Programa Viva Mulher na prevenção do CCU, a mortalidade feminina causada por essa neoplasia manteve-se alta, sem diminuição significativa.

Após um processo avaliativo das ações desenvolvidas para promoção da saúde da mulher, a Área Técnica da Mulher do Ministério da Saúde elaborou, em 2003, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Trata-se de “uma tradução das linhas de ação, sob a perspectiva da integralidade, da visão filosófica e política preconizada pelo PAISM” (OLIVEIRA, 2005a).

A PNAISM “[...] reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis” (BRASIL, 2004, p. 5). Seus objetivos gerais são de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a).

Ainda em 2004, o Ministério da Saúde identificou a necessidade de revisar a estrutura e as estratégias do “Programa Viva Mulher” para alcançar os objetivos preconizados anteriormente pelo mesmo. Essa avaliação culminou com a criação de um Plano de Ação para o Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero no Brasil 2005-2007 (BRASIL, 2006a).

Referido plano apresenta seis diretrizes estratégicas: Aumento da cobertura da população-alvo; garantia de qualidade; fortalecimento do Sistema de Informação; desenvolvimento de capacitações; desenvolvimento de pesquisas; mobilização social, composta por ações a serem desenvolvidas nos distintos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2004b).

Em 2005, foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica, através da Portaria GM/ MS N° 2439/05. Esta incorporou como componente fundamental para prevenção de neoplasias a promoção da saúde, através de ações voltadas para identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas, qualidade de vida e saúde, prevenção de fatores de risco, alimentação saudável, prática de exercícios físicos, redução de danos, proteção à vida e garantia a equidade e autonomia de indivíduos e coletividades.

Recentemente, em 22 de fevereiro de 2006, foi publicado através da Portaria GM 399, o documento “Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde”, apresentando mudanças significativas para a execução do SUS (BRASIL, 2006c).

Resultado de intensas discussões entre diversas áreas do Ministério da Saúde com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, esse documento contempla os pactos firmados entre os gestores do SUS em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Na dimensão “Pacto pela Vida”, o documento estabelece como objetivos e metas para o controle do câncer do colo do útero: a cobertura de 80% para o exame preventivo do CCU, conforme protocolo de 2006; incentivo para a realização da cirurgia de alta frequência, técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometido (com lesões intra-epiteliais de alto grau), com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006.

Para tanto, o governo estabelece alguns parâmetros: a população alvo esteja na faixa etária entre 25 e 59 anos; uma consulta médica em Ginecologia para 50% da população-alvo por ano; uma consulta de Enfermagem em Ginecologia para 50% da população-alvo por ano; coleta de amostra para exame de Papanicolaou em mulheres, entre 25 e 59 anos, que realizaram exame pela primeira vez, seja 10% da população-alvo por ano; a coleta de amostra em mulheres que já realizaram o exame anteriormente seja de 40% da população-alvo por ano; 100% das amostras devem ser encaminhadas para análise laboratorial e somente 5% destas sejam insatisfatórias (BRASIL, 2005c).

A coleta do exame de Papanicolaou na atenção básica é realizada na maioria das vezes por enfermeiros, sendo estes profissionais os principais co-responsáveis pela atenção à saúde da mulher (NOGUEIRA; MOURA, 2004; PORTELLA, 2005).

O enfermeiro está respaldado para realizar este atendimento segundo a decisão do COREN-CE N° 05/99, sendo uma de suas atribuições no PSF (COREN, 1999). Este respaldo é reafirmado no Programa Viva Mulher, tendo como exigência um processo de capacitação prévio, seja em Graduação ou em cursos de curta duração (BRASIL, 2004a).

O Ministério da Saúde, ao estabelecer as atribuições dos profissionais de saúde na prevenção do CCU, refere que o enfermeiro deve realizar: atenção integral às mulheres, consulta de Enfermagem, coleta de exame preventivo, exame clínico das mamas, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos ou outras normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal (observadas as disposições legais), atenção domiciliária (quando necessário), supervisão e coordenação do trabalho das agentes comunitárias de saúde (ACS) e da equipe de Enfermagem, e atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe (BRASIL, 2006a).

Apesar das políticas públicas de saúde para prevenção do CCU serem recentes, observa-se o avanço que estas proporcionaram na detecção e tratamento precoce dessa neoplasia. Entretanto, esta patologia ainda se constitui na segunda causa de óbitos por neoplasia em mulheres. A existência de políticas saudáveis não garante a prevenção do câncer de colo uterino, necessitando das demais estratégias de promoção da saúde para efetivação das ações preventivas e diminuição das taxas de incidência e de mortalidade.

3.2.2 Ambientes Favoráveis à Saúde

A interdependência entre saúde e ambiente foi enfocada pela primeira vez na III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Sundsvall, em 1991 (CZERESNIA, 2003).

A discussão partiu do pressuposto de que os sonhos e desejos das pessoas por um futuro melhor são frustrados pela pobreza, enquanto “o acesso limitado às estruturas políticas solapa as bases de sua autodeterminação” (BRASIL, 2001, p. 42). Para a população mais pobre a educação é inatingível ou insuficiente e mais de um milhão de pessoas no mundo têm acesso inadequado aos cuidados básicos de saúde.

A Conferência conceituou “ambiente favorável à saúde” (AFS) como o conjunto de espaços que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão. Identificou quatro estratégias fundamentais para promover ambientes favoráveis à saúde: reforçar a defesa da proposta através de ações comunitárias, particularmente pelos grupos organizados de mulheres; capacitar comunidade e indivíduos a

ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão; construir alianças para a saúde e os ambientes favoráveis, de maneira a reforçar a cooperação entre as campanhas e as estratégias nas áreas da saúde e do ambiente; mediar os interesses conflitantes na sociedade, de modo a assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, promover ambientes favoráveis à saúde na prevenção do CCU estaria relacionado à adoção de hábitos saudáveis, conhecimento dos fatores de risco e determinantes da neoplasia, à qualidade de acesso aos serviços de saúde e do exame de Papanicolaou.

Levando em consideração que 80% dos casos de câncer estão relacionados a fatores ambientais, em maior ou menor grau evitáveis, percebe-se a importância da promoção de ambientes saudáveis. Esses fatores ambientais envolvem água, terra, ar, ambiente de consumo (alimentos, medicamentos, fumo, álcool e produtos domésticos), ambiente cultural (estilo, costumes e hábitos de vida) e ambiente ocupacional. Análise da estimativa quantitativa dos riscos evitáveis de câncer mostra que 30% das mortes por câncer estão relacionadas ao tabagismo, 35% aos hábitos alimentares e os 35% restantes a vários outros fatores, tais como: vírus oncogênicos transmissíveis, exposições ocupacionais, exposição excessiva à radiação solar, radiação ionizante e hormônios (BRASIL, 2002b).

Como mencionado anteriormente, uma alimentação saudável pode reduzir em 40% as chances de câncer. A dieta deveria conter, diariamente, frutas, verduras, legumes, cereais e menos alimentos gordurosos, salgados e enlatados. A gordura vegetal é preferível à gordura animal. Portanto, leite e derivados, carne de porco, carne vermelha, pele de frango, margarinas e gorduras vegetais hidrogenadas, dentre outras gorduras animais deveriam ser evitadas (BRASIL, 2006a). Quando associado à alimentação saudável, o exercício físico regular eleva as chances de redução da incidência de câncer (BRASIL, 2002a).

Adoção de uma alimentação saudável pode ser estimulada nas escolas através de medidas simples, como a substituição de salgados e refrigerantes dos lanches escolares por frutas, legumes e cereais. Intervenção do Estado em incentivar práticas esportivas e atividades culturais, ofertar melhores condições de emprego e educação, desenvolver cargas tributárias maiores para aumentar o preço do cigarro e do álcool, dentre outras medidas que elevem o poder aquisitivo da população e dificulte a adesão às drogas, como o fumo, constituem medidas de promoção de saúde.

A capacitação dos indivíduos e da comunidade foi colocada anteriormente como uma das estratégias fundamentais para promover ambientes favoráveis. Na prevenção do câncer de

colo uterino esta capacitação está relacionada ao conhecimento dos fatores de risco, dos determinantes desta neoplasia e dos exames de prevenção.

Estudo realizado com 49 gestantes em uma comunidade carente de São Paulo revelou que apesar das participantes acreditarem ter conhecimento do exame preventivo do câncer de colo uterino, esse não era suficiente ou consistente o bastante para influenciar positivamente as mudanças desejáveis nas práticas de saúde (FERNANDES; NARCHI, 2002).

A “Educação em Saúde” é uma estratégia eficaz, barata e eficiente de promover saúde. Através desse meio pode-se capacitar os indivíduos a exercerem maior controle sobre sua saúde, pois o acesso à informação, as habilidades para viver melhor e as oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, em conjunto com ambientes favoráveis, estão entre os elementos capacitantes (CZERESNIA, 2003).

Mais uma vez, é necessário lembrar que os resultados da educação em saúde dependem de ações do Estado, já que a escolaridade e as condições sócio-econômicas estão diretamente relacionadas à incidência de CCU e a aquisição de novas informações. Isso é corroborado por Brenna *et al.* (2001) ao afirmarem que as mulheres com maior escolaridade apresentam melhor conhecimento sobre o exame preventivo.

Por outro lado, as relações profissionais-clientes, geralmente, não cumprem o papel de educador que deveriam cumprir, não contribuindo, assim, para melhorar a satisfação das usuárias e para elevá-las à promotoras de sua própria saúde, o que compromete a qualidade da atenção. Esse fato se dá, primeiramente, pela tradição de ensino dos profissionais de saúde, que privilegia os aspectos técnicos em detrimento dos aspectos psicossociais e de comunicação (DÍAZ; DÍAZ, 1999).

Por muito tempo, educar em saúde teve sinônimo de transmissão unilateral de conhecimentos na área da saúde, tendo como objetivo fazer com que o indivíduo adotasse hábitos de cuidado pessoal à saúde ou à higiene do ambiente. Essa visão reducionista e positivista inspirava-se em diretrizes governamentais para controlar e tratar doenças preveníveis (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2003).

Atualmente, com o novo paradigma de promoção da saúde, o conceito de educação em saúde tornou-se mais amplo. O enfoque não está em doenças que podem ser prevenidas, mas em condições de vida que podem ser modificadas favoravelmente à qualidade de vida e saúde.

Portanto, Educação em saúde pode ser definida como um processo de qualificação e capacitação do indivíduo ou grupo, baseado no encorajamento e apoio destes em assumir maior controle sobre suas vidas e saúde (LIRA, 2003).

Nesse contexto, fica entendido que a promoção da saúde das mulheres na prevenção do CCU também pode ser educá-las, fornecendo informações sobre a patologia, fatores de risco, prevenção, diagnósticos e tratamentos, capacitando-as a fazerem suas próprias escolhas e a obterem melhor qualidade de vida.

Outra estratégia para promoção de ambientes favoráveis na prevenção do CCU está relacionada ao acesso e à qualidade do exame preventivo.

O CCU preenche todos os requisitos para a aplicação de programa de rastreamento, possuindo exame preventivo de baixo custo, prático e efetivo denominado exame de Papanicolaou. O INCA (2002b) reforça a efetividade deste exame, pelo fato do mesmo estar associado à redução das taxas de incidência de câncer invasor em até 90%, quando o rastreamento apresenta boa cobertura e é realizado conforme padrões de qualidade.

Segundo estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, a cobertura estimada do exame de Papanicolaou variou, no período de 2002 a 2003, de 74% a 93%, sendo 33% a 64% do total realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), explicando, em parte, o motivo dos diagnósticos tardios, a manutenção das taxas de mortalidade e as altas taxas de incidência no Brasil (BRASIL, 2004b).

Mesmo tendo uma boa cobertura nacional de exame de Papanicolaou, esta patologia ainda constitui uma ameaça à população feminina, podendo ser explicada por motivos como: dificuldade de acesso das mulheres aos serviços de saúde (longa distância dos serviços de saúde e baixa oferta de serviços), pouca oportunidade que a mulher tem para falar sobre si e sobre sua sexualidade, desconhecimento sobre o CCU, baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, dificuldade do sistema público de saúde para absorver a demanda das unidades de saúde, barreiras enfrentadas pelos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer o fluxo assistencial, respeitando a hierarquização entre os diferentes níveis de atenção à saúde (FERNANDES; NARCHI, 2002; BRASIL, 2006b).

O padrão de qualidade do exame de Papanicolaou é um fator importante para redução do câncer invasor e constitui-se uma estratégia de promoção de ambiente favorável. Uma técnica realizada de forma errônea pode comprometer os achados citológicos, além de tornar o exame doloroso para a cliente, comprometendo a adesão desta ao tratamento e/ou às práticas preventivas orientadas, quer a nível primário ou secundário (EDUARDO, 2005).

A qualidade desse exame pode ser avaliada de formas variadas. Existe um instrumento de avaliação denominado IMD (instrumento de melhoria do desempenho) para prevenção do câncer de colo uterino, que tem sido utilizado na comunidade acadêmica pela sua praticidade, flexibilidade e eficácia. O IMD foi institucionalizado pela SESA-CE (Secretaria de Saúde do

Estado) através do Projeto PROQUALI (Metodologia de Melhoria do Desempenho) e representa a ferramenta de acompanhamento e capacitação das equipes do PSF. Esse instrumento foi elaborado tendo como base as prioridades e políticas nacionais e regionais, traduzindo os padrões técnicos da atenção primária à saúde, estabelecendo critérios de qualidade, incorporando a opinião de profissionais e as perspectivas do usuário (CEARÁ, 2005).

Estudo realizado em um município do Ceará avaliou a atuação dos enfermeiros na realização do exame de Papanicolaou e verificou que estes profissionais tiveram um bom desempenho nessa prática ao seguir todos os procedimentos preconizados no IMD. Constatou também que o IMD fornece o padrão de excelência da técnica a ser realizada, além de disponibilizar parâmetros para avaliar continuamente o serviço prestado pela unidade de saúde (EDUARDO, 2005).

3.2.3 Ação Comunitária, Desenvolvimento de Habilidades Pessoais e Reorientação dos Serviços de Saúde

A IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Jakarta (1997) discutiu o reforço da “ação comunitária”. Afirmou que a participação da comunidade é essencial para dar apoio às ações de promoção da saúde. Por sua vez, estas ações só serão eficazes se as pessoas estiverem no meio delas e do processo de tomada de decisões. Além disso, destacou o conhecimento sobre saúde como a alavanca impulsionadora da participação comunitária, pois o acesso à informação e à instrução é essencial para alcançar a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e da comunidade (BRASIL, 2001).

Aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos implica ampliar a capacidade das pessoas para a ação, e a dos grupos, organizações ou comunidades para influir nos fatores determinantes da saúde, o que exige educação prática, capacitação para liderança e acesso a recursos (CZERESNIA, 2003, p. 32).

No Brasil, com o processo de redemocratização e a implementação do SUS, a política de saúde passou a ser orientada segundo os princípios de universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes de descentralização e hierarquização. Deste então, a participação da comunidade nas decisões governamentais passou a ser incentivada (BRASIL, 2002a).

Para tanto, foram criados os conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde. Além disso, ocorrem anualmente as conferências de saúde, nos três níveis acima citados. O

Conselho Municipal de Saúde tem funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas, objetivando basicamente o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde (CONASEMS, 1991).

De acordo com a Lei Federal nº 8.142 de 28/12/90, o Conselho Municipal de Saúde deve ser composto em 50% por usuários, e a outra metade por prestadores do serviço, profissionais e governo.

Nas unidades básicas também podem ser formados os conselhos locais, com composição paritária ao conselho municipal, mas em nível local, com usuários da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBASF).

Apesar da existência dos conselhos, muitos cidadãos desconhecem a sua função ou mesmo sua existência. Os profissionais das UBASF têm a obrigação, enquanto promotores de saúde, de informar a população sobre a existência, função e atividades dos conselhos locais e municipais.

A participação comunitária na prevenção do CCU está relacionada ao direito das mulheres de terem acesso a informações relativas à oferta, acesso, periodicidade, tratamento e seguimento do exame preventivo, tendo liberdade para participar do conselho local e intervir na tomada de decisões relacionadas à prevenção dessa neoplasia. Além disso, devem ser informadas de outros programas de diminuição da exposição aos fatores de risco como o de combate ao fumo e alcoolismo.

A mesma educação que impulsiona a participação comunitária também permite o desenvolvimento das habilidades e atitudes pessoais, permitindo à mulher adotar hábitos alimentares saudáveis, comportamento sexual seguro e a realização periódica do exame de prevenção do CCU.

Czeresnia (2003, p. 27) afirma que:

O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Para isto é imprescindível a divulgação de informações sobre educação em saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em qualquer espaço coletivo.

Pode-se observar, no contexto desse estudo, que as estratégias de promoção da saúde (participação comunitária, políticas públicas de saúde, ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas de saúde) estão interligadas e indissociadas. Percebe-se também a educação pessoal e coletiva como base de

todas as estratégias, isso porque promover saúde é exatamente o processo de capacitação dos indivíduos e comunidade em exercer controle sobre a sua saúde.

É importante ressaltar que a promoção da saúde não se limita a atuação dos profissionais da área da saúde exclusivamente, necessitando de parcerias intersetoriais, numa responsabilidade múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas pelos mesmos (CSERESNIA, 2003).

Essa concepção parte da discussão atual do conceito de saúde. Anteriormente, a saúde era considerada ausência de doença. Com a imposição da complexidade dos problemas que caracterizam a realidade sanitária, na qual predominam as doenças crônicas não transmissíveis, a violência e as novas endemias, o conceito de saúde passou a ser dinâmico, atrelado a valores sociais, culturais, subjetivos e históricos (BRASIL, 2002a).

Portanto, a Carta de Ottawa questiona a necessidade de reorientar os serviços de saúde, numa concepção positiva de saúde, além do provimento dos serviços assistenciais, recomendando a abertura de canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais (CSERESNIA, 2003).

O Ministério da Saúde desafia os serviços a superarem a fragmentação do assistir a doença, convocando a comunidade e os diversos setores a serem ativos na busca das soluções dos problemas de saúde (BRASIL, 2002a).

Na prevenção do CCU isso implicaria em ouvir as necessidades da cliente, em realizar exame físico completo e não somente o ginecológico, em compreender o contexto sócio-cultural da mulher e educar em saúde para que esta tenha qualidade de vida e exerça controle sobre os determinantes de saúde. Envolve também a necessidade de parcerias com programas sociais de apóio às mulheres em situações desfavoráveis, como os programas culturais para adoção de hábitos e estilo de vida saudáveis.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

O estudo é do tipo avaliativo, que segundo a definição de Polit, Beck e Hungler (2004) é aquele com a finalidade de descobrir como funciona uma determinada prática, política, programa ou tratamento.

Ao avaliar uma determinada prática tem-se a oportunidade de revelar o que funciona e o que não funciona, o que se deve manter ou mudar. É através desta ação, que se pode estabelecer a situação inicial (diagnóstico de base) em que determinada prática está inserida, constituindo-se em valioso instrumento para a tomada de decisão. Portanto, a avaliação pode ser utilizada para modificar uma prática, elevando-a a níveis cada vez mais qualificados, eficientes e eficazes. Direciona, ainda, o pesquisador a responder perguntas específicas sobre as necessidades, os processos, os resultados, a eficiência e o impacto de uma ação ou programa (GARCIA-NUÑES, 1993).

Bosi e Uchimura (2006, p.112) relatam que:

Avaliar programas e serviços de saúde é tocar uma complexidade, uma rede objetiva e simbólica que dista de ser simples como contexto de reflexão e de prática. É falar de desafios, de conquistas, de descaminhos e de possibilidades que nos cabe acolher ou silenciar.

O processo de avaliação deve ser contínuo, sistemático, complexo, que responda as necessidades de forma crítica, construtiva, participativa, exequível, e que tenha coerência metodológica.

Na perspectiva dos enfoques emergentes do SUS, a avaliação visa a fortalecer grupos de interesse de determinada ação, promovendo o diálogo e a aceitação do pluralismo de valores, inevitavelmente presente quando se trata de definir objetivos e prioridades em saúde.

Donabedian (1984) concebeu a tríade “estrutura – processo – resultados”, embasado na Teoria dos Sistemas para orientar a avaliação nos serviços de saúde e as práticas assistenciais (BRASIL, 2005b).

Levando em consideração os objetivos desse estudo, a presente avaliação irá se limitar ao elemento “processo”, que segundo Donabedian (1984) consiste no caminho direto para o exame da qualidade do cuidado (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A avaliação do elemento “processo” refere-se às ações previstas para a estratégia e o funcionamento das unidades, bem como as intervenções e a interação entre usuários e profissionais. Envolve ainda três aspectos: organizativo (planejamento, programação, abrangência das ações e participação comunitária), técnico-científico (competência dos profissionais nas práticas integrais de saúde, incluindo a promoção da saúde) e relação interpessoal (acolhimento e comunicação interpessoal) (BRASIL, 2005b).

Por outro lado, observa-se que a avaliação do elemento “processo” não existe desvinculada do “resultado”. Ao avaliar a programação e planejamento, por exemplo, também se avalia o acesso e a oferta do serviço, que não deixa de ser resultado. Portanto, mesmo limitando-se ao processo das ações de promoção da saúde das Equipes de Saúde da Família (ESF), foram coletados dados referentes aos resultados desse processo, direta ou indiretamente.

4.2 Universo do Estudo

O estudo foi realizado no Município de São Gonçalo do Amarante, localizado no litoral cearense. O município possui uma população de 40.675 habitantes e conta com 13 Equipes de Saúde da Família – ESF (SIAB, 2007). O universo do estudo constituiu-se das áreas adstritas em que atuam os enfermeiros do Programa de Saúde da Família (PSF), em interação com as usuárias do serviço.



Figura - 01
Fonte: www.ceara.com.br/images/saogoncalodoamarante.gif

Optou-se pelo Município de São Gonçalo do Amarante como local de estudo por ser o campo de atuação assistencial da pesquisadora e por compreender que ao avaliar as ações de promoção da saúde no controle do câncer de colo uterino, o município terá um embasamento científico para posteriores avaliações e mudanças positivas na assistência prestada pelas ESF. Por outro lado, a avaliação contribuirá para elevar as usuárias à condição de promotoras de sua própria saúde, melhorando a qualidade de vida e obtendo maior controle da neoplasia em estudo.

O município em estudo possui uma população feminina na faixa etária entre 10 e 59 de 15.239 mulheres, o equivalente a 37,47% da população do município (SIAB, 2007). Optou-se pela população de mulheres nessa faixa etária pelo fato de incluir a faixa etária que

é prioridade para a realização do exame de Papanicolaou (25 a 59 anos) e a faixa etária considera pelo Ministério da Saúde como idade fértil (10 a 49 anos), portanto sujeita aos fatores de risco para o CCU (BRASIL, 2007).

4.3 População e Amostra

Segundo Furtado (2006), para que a avaliação contribua para o enriquecimento de programas, faz-se necessário o envolvimento de diversos atores como trabalhadores, usuários ou outros grupos de interesse como co-condutores do processo e, ao mesmo tempo, fonte de informação e de transformação da realidade. Assim, é que este estudo envolveu enfermeiros e usuárias do SUS.

O estudo foi realizado com 11 enfermeiras, que atuam nas ESF do respectivo município que realizam atividades voltadas ao controle do CCU. Duas enfermeiras foram excluídas: a da ESF de Croatá I, na qual a pesquisadora atua e a da ESF da localidade de Siupé, por estar ausente das funções no período da coleta dos dados.

A amostra de usuárias correspondeu a 385, número determinado pela aplicação da fórmula para cálculo de amostra de população maior que 10.000, sobre 15.239 mulheres de 10 a 59 anos existentes no município (SIAB, 2007). Contudo o estudo foi realizado com 390 mulheres.

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times P \times Q}{E^2}$$

Onde:

$Z\alpha$ = Intervalo de confiança em contagens Z (95%);

P = Prevalência do agravo (considerou-se a prevalência de 50% por não se conhecer a prevalência do agravo no município);

Q = Complementar da prevalência (1-P);

E = Erro alfa (5%);

n = amostra.

Como critério de inclusão das usuárias estabeleceu-se a faixa etária da população do estudo, entre 10 e 59 anos. A amostragem foi estratificada de acordo com a população de cada ESF e a escolha das participantes se deu de forma aleatória.

4.4 Instrumento e Coleta de Dados

Os dados foram coletados através de três instrumentos, aplicados no período de maio a agosto de 2007. O primeiro e segundo instrumentos (Apêndices A e B) foram aplicados com os enfermeiros, enquanto o terceiro (Apêndice C) com as usuárias.

Na reunião mensal do mês de abril, o projeto de pesquisa foi apresentado às enfermeiras e demais funcionários do PSF do município de São Gonçalo do Amarante, sendo esclarecidos os objetivos e a metodologia da pesquisa.

A coleta de dados com as enfermeiras foi realizada em dois momentos. No primeiro momento foi aplicado um questionário (Apêndice A) contendo informações sobre o perfil profissional destas. No segundo, foram coletados os dados referentes às ações desenvolvidas pelas enfermeiras na promoção da saúde das usuárias, voltadas ao controle do câncer de colo uterino. Para tanto, utilizou-se um formulário (Apêndice B) contendo questões objetivas sobre as cinco estratégias de promoção da saúde estabelecidas na Carta de Ottawa: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde; reforço à ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas de saúde, com enfoque nos elementos de avaliação de processo, apontados por Donabedian (1984).

Esse instrumento (Apêndice B) foi elaborado tendo como base o instrumento de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil a partir de 2005 (BRASIL, 2005b).

O instrumento de AMQ também tem como referencial teórico o modelo proposto por Donabedian. Na avaliação das ESF enfoca aspectos do processo e de resultado, relacionados aos campos de atuação, objetivos e diretrizes estabelecidos pelo PSF, incluindo entre estes a promoção da saúde (BRASIL, 2005b). Nesse sentido, foram selecionados alguns critérios de avaliação desse instrumento e adaptados aos objetivos do presente estudo.

Levando-se em consideração a inviabilidade de avaliar as ações de promoção da saúde em um único momento, as informações requeridas no segundo instrumento (Apêndice B) também foram coletadas através da observação dos registros mensais de planejamento, projetos, relatórios e reuniões da equipe local, bem como por meio de ensaio fotográfico e observação indireta do atendimento das enfermeiras no controle do CCU. Para tanto, a pesquisadora, após observar o cronograma das enfermeiras, deslocou-se para unidade local da participante para observar o atendimento desta durante um dia de coleta citológica, nos quais foi possível fazer registro fotográfico de algumas ações de promoção da saúde.

Os dados referente à cobertura, busca ativa de citologias positivas, bem como a confirmação das atividades coletivas referidas pelas participantes, foram coletados através dos registros, relatórios e sistema de informação da atenção básica (SIAB) arquivados na secretaria de saúde do município.

Quanto à fotografia, Cruz Neto (1995) realça que o registro visual oferecido por esta técnica amplia o conhecimento do estudo porque proporciona documentar momentos ou situações que ilustram o cotidiano vivenciado.

O terceiro instrumento (Apêndice C) foi aplicado às clientes que procuraram o serviço para realizar o exame preventivo durante o período da coleta. Trata-se de um roteiro de entrevista com perguntas objetivas, visando levantar os fatores de risco para CCU presentes na população, o conhecimento desses fatores por parte das usuárias, como estas obtiveram tais informações e quais as mudanças ocorridas após o conhecimento destes.

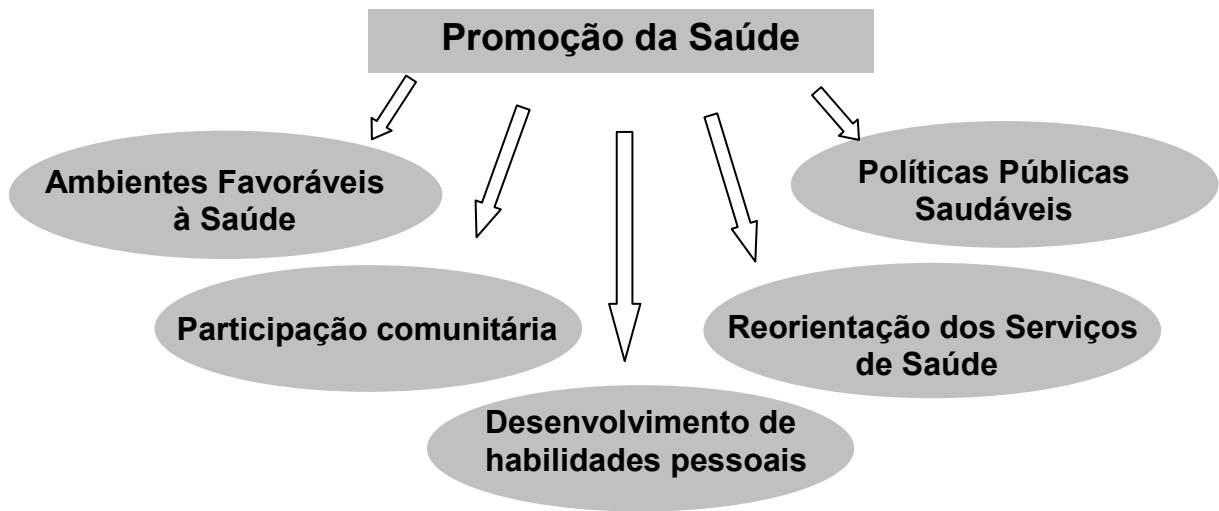
Para viabilizar e otimizar a coleta de dados junto a clientela contou-se com a colaboração das enfermeiras participantes que se prontificaram em aplicar o instrumento. Para tanto, estas receberam um treinamento no mês de maio, durante a reunião de categoria, onde foi exemplificado a forma de aplicação do instrumento das usuárias, os critérios de inclusão das participantes e o local de aplicação, além de serem esclarecidas as dúvidas individuais. Ficou estabelecido que os instrumentos deveriam ser aplicados às mulheres que comparecessem à unidade básica local, durante o período de coleta dos dados, para realizar o exame de Papanicolaou e que alguns itens do instrumento deveriam ser conferidos no prontuário para confirmar as respostas das usuárias, tais como história pessoal de DST e a periodicidade de realização do exame.

Vale ressaltar que o instrumento foi elaborado com base na literatura científica e validado na unidade básica de saúde onde a pesquisadora assiste. Após aplicação de 10 instrumentos foram realizadas algumas alterações para minimizar erros e/ou dúvidas por parte das enfermeiras, facilitando a coleta dos dados.

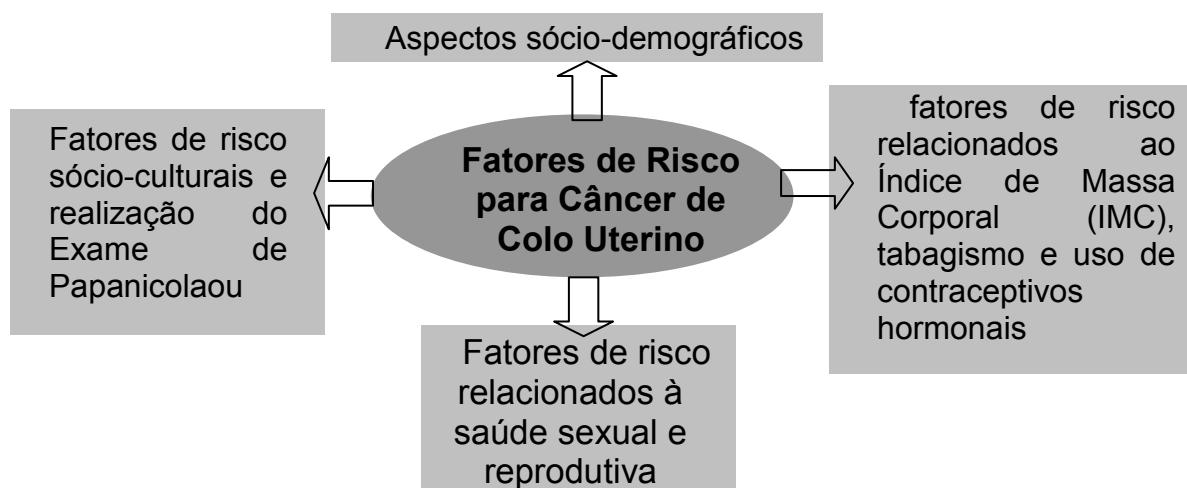
4.5 Organização dos dados para análise

A análise e interpretação dos dados estatísticos e os tratamentos das informações foram realizadas através da planilha eletrônica (EXCEL) e do sistema SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences* (13.0). Os mesmos foram discutidos de acordo com a literatura pertinente e agrupados segundo as cinco estratégias de promoção da saúde referidas

anteriormente.



Os fatores de risco presentes na população em estudo foram agrupados nas seguintes categorias:



4.6 Aspectos éticos

Foi solicitada permissão à Secretária de Saúde do Município de São Gonçalo do Amarante para a coleta dos dados do estudo. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme protocolo nº 82/07 recebendo parecer favorável (Anexo C). Os enfermeiros participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E), bem como as clientes (Apêndice F). Foi assegurado o anonimato das participantes, segundo as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Perfil das Enfermeiras

A idade das enfermeiras variou entre 28 e 54 anos, com uma média de 36 anos e desvio padrão de 8,075. Seis graduaram-se na Universidade Federal do Ceará (UFC), três na Universidade Estadual do Ceará (UECE) e outras duas na Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

O tempo de formação em Enfermagem variou de 3 a 31 anos, observando-se uma média de 11,64 anos e um desvio padrão de 9,025. A maioria atua na atenção básica desde a implantação do PSF no município, em 1997, pois a média em anos de atuação das enfermeiras no PSF foi de 5,18 anos, com um desvio padrão de 2,136. Essa permanência das enfermeiras no mesmo município foi justificada pela efetivação das profissionais por meio de concursos públicos municipais realizados em 1994, 1998, 2002 e 2006.

O tempo de atuação em prevenção do CCU variou de dois a 30 anos, com uma média de nove anos e desvio padrão de 9,36. O longo período de atuação dos enfermeiros nessa área do cuidado foi resultante da implantação do PSF no Brasil (em 1994) e a contribuição do Programa Viva Mulher (MS/SESA-CE) promovendo a capacitação desses profissionais, tendo em vista a expansão dessa ação em estados e municípios.

A média de prevenções realizadas, mensalmente, pelas enfermeiras variou de 20 a 39 exames (três enfermeiras) e de 40 a 59 (oito enfermeiras), volume de procedimentos que favorece um contato satisfatório com a cliente, ao que se presume ser aproveitado com ações de promoção da saúde, por meio de atividades individuais e/ou grupais.

Dez das enfermeiras tinham especialização com enfoque voltado para a atenção básica, como “Saúde da Família” (quatro enfermeiras), “Saúde Pública” (duas enfermeiras) e “Educação em Saúde” (uma enfermeira). Outros títulos foram citados com menos frequência, tais como “UTI”, “Enfermagem Clínica” e “Obstetrícia”. Algumas enfermeiras tinham mais de uma especialização. Em sendo a especialização um curso de pós-graduação direcionado à capacitação assistencial, voltado para o cuidado, infere-se que as enfermeiras do estudo apresentaram aperfeiçoamento satisfatório para o exercício profissional adequado.

Capacitação em prevenção do CCU, após a graduação, foi realizada por seis das enfermeiras. Dentre as instituições que promoveram a capacitação, a mais citada foi a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) /Célula Regional de Saúde (CERES), seguida

pelo Ministério da Saúde. Uma enfermeira citou o Conselho Regional de Enfermagem (COREN-CE) como o promotor da capacitação. Aquelas que informaram não terem participado de capacitação para essa prática, afirmaram tê-la recebido ainda na graduação.

5.2 Estratégias de Promoção à Saúde

Conforme mencionado anteriormente, a Carta de Ottawa (1986) definiu cinco estratégias para promoção da saúde: ambientes favoráveis à saúde, participação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação dos serviços de saúde e políticas públicas saudáveis.

Tais estratégias, mesmo possuindo suas particularidades na teoria, apresentam tantos pontos em comum que distingui-los, na prática, não é uma tarefa fácil. Portanto, verificou-se que alguns itens de avaliação da promoção da saúde constantes no instrumento adotado no presente estudo são transversais a diferentes estratégias. Contudo, para melhor apresentação didática da discussão, os itens foram agrupados na estratégia em que mais se destacou.

Por outro lado, o instrumento de coleta de dados permitiu identificar ações de promoção que, por vezes, relacionam-se ao controle do CCU de forma indireta, todavia, enriqueceram o estudo, na medida em que reforçou a percepção da ampla abrangência conceitual de promoção da saúde.

5.2.1 Ambientes Favoráveis à Saúde

As mudanças oriundas do processo de urbanização e de industrialização impulsionaram novos padrões de consumo, condições sociais, econômicas e culturais, que afetaram e continuam afetando a saúde (AUGUSTO, 2004).

Nesse sentido, não somente o ambiente físico (água, ar, terra) como também o ambiente sócio-cultural (hábitos, costumes e estilos de vida), de consumo (alimentos, medicamentos, fumo, álcool e produtos domésticos) e ocupacional passaram a determinar a qualidade de vida e saúde dos indivíduos. Ressalta-se, ainda, que esses fatores, denominados ambientais, são responsáveis por 80% dos casos de câncer e que quando controlados poderiam em menor ou maior grau evitar a ocorrência de neoplasias (BRASIL, 2002b).

Portanto, o conceito de “ambiente favorável à saúde” (AFS) vai além dos aspectos físicos, incorporando a este às dimensões sociais, políticas, econômicas e espirituais. “Esse

termo alcança os espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, o domicílio, o local de trabalho e espaço de lazer. Também engloba as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão” (BRASIL, 2001, p. 43).

Dentre as ações avaliadas no presente estudo, três foram agrupadas na estratégia de promoção de AFS: o estímulo à alimentação saudável (ação 1), o monitoramento da situação alimentar (ação 2) e a promoção de ambientes saudáveis (ação 3).

O estímulo à alimentação saudável compreende aquelas atividades educativas (grupos operativos, palestras e oficinas) de incentivo à alimentação saudável que integre as orientações técnicas e a cultura local da população assistida (BRASIL, 2005b).

Em 2003, em uma revisão internacional sobre o consumo de frutas, legumes e verduras e o risco de câncer concluiu-se que a baixa ingestão desses alimentos contribui com o risco de câncer em 5% a 12%, podendo chegar a 20% ou 30% para cânceres das porções superiores do trato gastrointestinal (STEWART; KLEIHUES, 2003).

Estudos epidemiológicos e ensaios experimentais comprovam a proteção contra o câncer conferida pela alimentação rica em frutas, legumes e verduras. O mecanismo de atuação de agentes protetores presentes nesses alimentos demonstra que o seu maior consumo reduz as lesões genéticas pré-cancerígenas além de acelerar a velocidade de reparo do DNA. Ressalta-se que esses agentes protetores só exercem sua função quando ingeridos em sua forma natural e não como suplementos encapsulados (BRASIL, 2006d).

No Brasil, a promoção da alimentação saudável ganhou espaço após a aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, em 1999. Além de promover eventos nacionais para divulgação de experiências bem-sucedidas, o Ministério da Saúde publicou guias alimentares e manuais técnicos sobre alimentos regionais que foram disponibilizados aos profissionais que atuam na atenção básica, a fim de servir como base para orientações sobre alimentação saudável (BRASIL, 2006d).

Das 11 enfermeiras, 10 afirmaram ter essa ação como prática (Gráfico 1). Somente uma, por estar na unidade básica há cinco meses e desconhecer os hábitos, cultura e alimentos mais utilizados pela sua população, respondeu negativamente.

A realização de atividades educativas sobre alimentação saudável foram confirmadas, segundo as especificações das enfermeiras e comprovação em documentos e relatórios, constantes na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), além de registros fotográficos. São desenvolvidas com grupos de crianças acompanhadas na puericultura, grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de idosos e grupos de gestantes, bem como orientações individualizadas

por ocasião dos atendimentos de enfermagem. São realizadas, ainda, estratégias que permitem trabalhar com sala de espera e programa na rádio local.

Somente duas enfermeiras deixaram de apresentar registros locais ou na Secretaria Municipal de Saúde das atividades mencionadas como estimuladoras da alimentação saudável.

Muitos dos grupos operativos mencionados são realizados com periodicidade mensal ou bimestral, aproveitando-se alimentos naturais, produzidos na própria região, nas confraternizações, desjejuns e/ou “lanches saudáveis”.

Uma outra atividade relevante e inovadora que foi relatada correspondeu a utilização da rádio municipal para comunicação em massa de assuntos pertinentes a saúde, incluindo a alimentação saudável.

A segunda ação classificada como estratégia de promoção de AFS também está relacionada à alimentação saudável. Refere-se ao monitoramento da situação alimentar e nutricional da população e compreende aquelas atividades de identificação, cadastramento, assistência e acompanhamento de clientes, registrando os dados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), conforme previsto pela Norma Técnica de Vigilância Alimentar e Nutricional.

O SISVAN tem como um dos objetivos “(...) Promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam”. Esta informação irá fornecer uma base para decisões a serem tomadas pelos responsáveis por políticas, planejamento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional (BRASIL, 2003, p.1).

As informações coletadas para produzirem os indicadores da Vigilância Alimentar e Nutricional são: data de nascimento, sexo, peso, altura, peso ao nascer, aleitamento materno, peso pré-gestacional, data da última menstruação e doenças associadas ao aspecto nutricional (BRASIL, 2003).

Em 2006, a partir da segunda vigência, as medidas antropométricas dos beneficiários do Programa Bolsa Família, mulheres em idade fértil e crianças menores de sete anos, passaram a ser registrados no sistema (SISVAN) e enviados ao final de cada vigência via *online* (BRASIL, 2007). Os dados são coletados pela ESF semestralmente através de uma listagem enviada pelo Ministério da Saúde com o nome dos beneficiários, na qual são registradas as informações necessárias para o monitoramento da situação alimentar e nutricional.

Diferente das ações educativas ou de orientação alimentar, o monitoramento da situação alimentar obteve resposta afirmativa em 63,6% das entrevistas. Das sete enfermeiras, somente duas mencionaram a coleta de dados do SISVAN nas suas especificações.

Essa baixa porcentagem de realização de monitoramento pode ser explicada em parte, pela não caracterização do SISVAN como uma ação desempenhada pelas enfermeiras no acompanhamento da situação alimentar e nutricional, já que os dados são coletados por terceiros e somente duas vezes ao ano.

Por outro lado, 100% das enfermeiras que responderam positivamente, afirmou monitorar a situação alimentar e nutricional dos clientes através dos acompanhamentos individuais de puericultura, pré-natal, planejamento familiar, hipertensão e diabetes, dentre outros, nos quais há maior aproximação dos dados antropométricos e alimentares, possibilitando orientações direcionadas ao problema do cliente.

Ainda foi referido como meio para monitorar a situação alimentar e nutricional da população, os grupos de idosos e de hipertensos/diabéticos, sobre os quais são registradas informações sobre peso e pressão arterial. A partir desses dados a enfermeira orienta sobre alimentação saudável.

A terceira ação da AFS, promoção de ambiente saudável, compreende as ações educativas, como palestras e grupos operativos, preferencialmente com metodologia participativa, buscando ampliar o conhecimento sobre situações de risco sanitário, ambiental e ecológico (BRASIL, 2005b).

O estímulo à construção de ambientes ou espaços saudáveis favorece o desenvolvimento das potencialidades humanas na implementação de qualidade de vida (BRASIL, 2002a). Para tanto, a Conferência de Sundsvall (1991) enfatiza quatro aspectos para o ambiente favorável e promotor de saúde: a dimensão social (maneira pelas quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde); a dimensão política (participação democrática das decisões e descentralização dos recursos e responsabilidades); dimensão econômica (transferência de tecnologia segura e correta) e reconhecimento e utilização da capacidade e conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive político e econômico (BRASIL, 2001).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é essencial que as pessoas sejam capacitadas para lidar com sua saúde e enfrentar seus momentos de adoecimentos. Essa capacitação pode ser fornecida em diversos ambientes, a destacar escolas, locais de trabalho, espaços comunitários e domicílios (OPAS, 2007a).

Ademais, os benefícios do ambiente favorável à saúde vão além da relação saúde e doença, conferindo uma expansão das capacidades pessoais e autoconfiança dos indivíduos (BRASIL, 2001). Nesse sentido, mesmo não estando incluídas no instrumento adotado na coleta de dados, foram consideradas como ações promotoras de ambientes saudáveis, aquelas observadas nos relatórios arquivados na SMS que de forma direta ou indireta contribuíram para o conforto, a auto-estima, o desenvolvimento econômico e mental dos clientes.

De acordo com o gráfico 1, o número de enfermeiras que realizam ações de promoção de ambientes saudáveis foi sete, correspondendo a 63,6% do total de participantes. O baixo percentual de realização dessa ação deve-se a frequência estabelecida no instrumento utilizado no presente estudo, pois a maioria das enfermeiras referiu realizar tais ações, porém não com a frequência trimestral.

Das sete enfermeiras, somente uma não apresentou registro de suas ações nos relatórios da SMS. Dentre as especificações das ações promotoras de ambientes saudáveis, observaram-se atividades educativas em sala de espera (mencionada por quatro enfermeiras), escola e capacitação e/ou treinamento da equipe (ambos referidos por duas enfermeiras). Ainda verificaram-se citações de eventos especiais, como passeatas, mutirões e celebração de datas comemorativas.

Entre as temáticas abordadas e atividades realizadas pode-se observar: palestras sobre limpeza da praia, lixo no lixo, saneamento básico, dengue, viroses, zoonoses e rede social de apoio; mutirão do lixo; passeata contra a dengue; reunião comunitária para discussão sobre cuidados com ambiente, água e alimentos; treinamento local da ESF sobre ambiente saudável (a unidade de saúde limpa e agradável); comemoração do Dia internacional da Mulher (com oficinas de beleza, palestra de valorização e café da manhã). Vale ressaltar a iniciativa de parte das enfermeiras em realizar arrecadação de roupas e brinquedos usados, utilizando os mesmos para geração de renda na comunidade, através de bazar e eventos realizados em datas comemorativas.

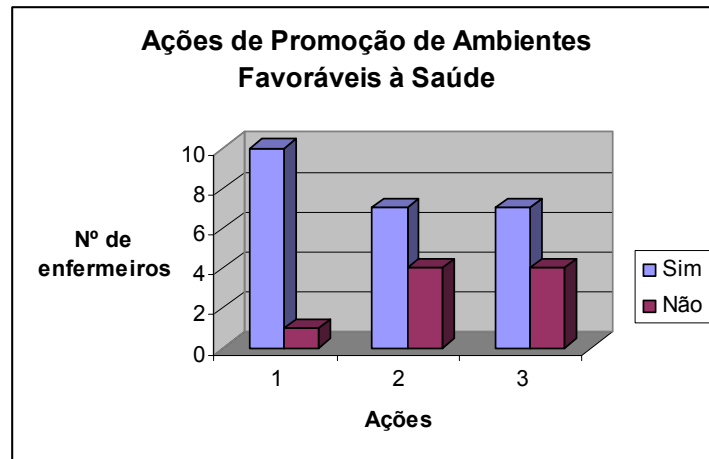


Gráfico 1 - Distribuição do número de enfermeiras segundo as ações de promoção de ambientes favoráveis à saúde. São Gonçalo do Amarante-CE, 2007

Ação 1: Estratégias de estímulo a alimentação saudável; Ação 2: Monitoramento situação alimentar; Ação 3: Ambientes saudáveis.

As fotos que se apresentam a seguir foram registradas no período de janeiro a julho de 2007 e ilustram as iniciativas de promoção de ambientes favoráveis à saúde.



FIGURA -02



FIGURA -03



FIGURA -04

Acolhimento
com prática
de exercício
físico



Equipe multiprofissional
(enfermeira e médico)
promovendo
alimentação saudável

FIGURA -05



Lanche saudável

FIGURA -06

Promoção da Saúde Materna



Grupo gestantes

FIGURA -07



dentista

FIGURA -08



Médico

FIGURA -09



FIGURA -10

Orientação individual durante o atendimento de enfermagem

Programa semanal na Rádio Local com participação de enfermeiros, dentistas, médicos, Agentes comunitários de saúde e auxiliar de enfermagem.



FIGURA -11

Passeatas e mutirões de combate ao lixo e dengue



FIGURA -12

Bazar

Comemoração do Dia Internacional da mulher



FIGURA -13



FIGURA -14

5.2.2 Participação Comunitária

A participação comunitária pode ser interpretada de duas formas: como um meio ou como um fim. Quando vista como um meio corresponde a mobilização social, que visa um determinado objetivo. Quando vista como um fim, contempla o compartilhamento do poder e da tomada de decisões, visando o crescimento e desenvolvimento individual e coletivo. Nesse contexto, o objetivo da participação comunitária não seria fixo nem quantificável (PAULILO, 2007).

Segundo Paul (1987) a participação comunitária é um processo que serve a um ou mais dos seguintes objetivos: *empowerment* (distribuição equânime do poder e um elevado nível de consciência e de força política), *capacity building* (compartilhamento de responsabilidades), eficácia (atender as necessidades reais da comunidade), eficiência (facilitar o fluxo, reduzir atrasos, minimizar custos, manter prazos e metas, dentre outros) e compartilhamento de custos (participação financeira ou de mão de obra a fim de minimizar custos).

A IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Jakarta (1997), discutiu a participação comunitária como uma estratégia de promoção da saúde. Enfatizou que promover saúde é educar para a autonomia, autonomia esta que fomenta a participação comunitária nas decisões públicas, tornando-as mais equânimes, universais e eficazes.

Neste contexto, a participação comunitária contemplaria tanto os meios quanto os fins, pois a mobilização social não seria uma imposição, mas o resultado do “*empowerment*” comunitário resultante das ações educativas.

O instrumento utilizado no presente estudo apresentou três ações que foram classificadas como promotoras da participação comunitária: a participação comunitária na elaboração de estratégias para o enfrentamento de problemas (ação 4), a discussão e avaliação dos problemas e das estratégias adotadas junto à comunidade (ação 5) e a participação da comunidade no planejamento das ações de controle do CCU (ação 7).

A ação 4 é descrita como o ato de reunir-se com a comunidade, sistematicamente, com objetivo de conhecer os problemas sociais e elaborar planos, projetos e estratégias concretas para o seu enfrentamento (BRASIL, 2005b).

Essa ação foi confirmada por uma enfermeira (gráfico 2). Esta referiu reunir-se semestralmente com a comunidade em uma escola ou na própria unidade para discutir os problemas locais e elaborar estratégias para o enfrentamento destes, registrando tais reuniões

nos relatórios de educação em saúde. Outras duas enfermeiras afirmaram reunir-se com a comunidade, esporadicamente, ou no período das pré-conferências municipais de saúde.

Vale ressaltar a importância das pré-conferências e conferências municipais, conferências estaduais e federais como canal formal de participação comunitária, fenômeno que impulsiona a mobilização comunitária no enfrentamento dos problemas locais, já que tais discussões influenciarão novas políticas públicas ou aperfeiçoarão as vigentes. Entretanto, essa participação não deve ser motivada apenas no período das conferências, mas ser sistemática, através de reuniões com lideranças comunitárias, representantes de classes e conselhos municipais de saúde, nos seus diversos âmbitos: municipais, estaduais e nacionais. Outra sugestão seria a criação dos conselhos locais de saúde, dentro da unidade básica, ampliando o número de pessoas envolvidas no processo de participação comunitária. Essa idéia é reforçada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) ao afirmar que:

A construção da participação comunitária é um processo que se inicia quando várias pessoas decidem compartilhar suas necessidades, aspirações e experiências, com o objetivo de melhorar suas condições de vida. Para isso se encontram, se organizam, identificam prioridades, dividem tarefas, estabelecem metas e estratégias de acordo com os recursos (financeiros, técnicos e humanos) existentes e aqueles que poderão ser obtidos através de parcerias (OPAS, 2007b, p.10).

A ação 5 complementa a anterior e é definida como o ato de reunir-se com a comunidade e/ou seus representantes, uma vez a cada trimestre, para debater e avaliar os problemas de saúde, a assistência prestada e os resultados das ações desenvolvidas, documentando-se em ata ou outros instrumentos de registros os aspectos e encaminhamentos relevantes (BRASIL, 2005b).

O número de respostas afirmativas para esta ação foi semelhante a ação 4 (Gráfico 2). Porém, esse fato pode ser explicado, em parte, pela delimitação da frequência com que esta ação deve ser realizada, ou seja, a cada trimestre.

A enfermeira que respondeu positivamente apresentou o livro ata das reuniões mensais da unidade básica local, com a assinatura dos representantes da comunidade, em especial o conselheiro de saúde. Salientou a participação desses representantes nas decisões locais, compartilhando os desejos e insatisfações da comunidade.

A participação da comunidade no processo de avaliação das estratégias adotadas é importante para dar seguimento aos processos alcançados e identificar os resultados esperados

e não esperados. É fundamental para repensar e revisar as atividades realizadas (OPAS, 2007b).

Uma outra enfermeira referiu não realizar esta ação por estar trabalhando a poucos meses na unidade e não encontrar apoio por parte de alguns companheiros de equipe. Isso alerta os gestores para a reciclagem dos profissionais que no decorrer dos anos, vão fazendo aquilo que for mais cômodo e prático e não o que convém.

A última ação classificada como promotora da participação comunitária, ação 7, é interpretada como a participação efetiva de representantes da comunidade e movimentos sociais no processo de planejamento das ações, particularmente as ações voltadas ao controle do CCU, buscando ampliar a compreensão acerca das necessidades de saúde da população e melhorar o intercâmbio. Para respostas afirmativas, considerou-se a presença dos representantes comunitários em reuniões mensais de planejamento nos últimos 12 meses (BRASIL, 2005b).

Como recentemente haviam sido remanejadas quatro enfermeiras e havia a necessidade de registro dos últimos doze meses, além de somente uma enfermeira ter referido a participação de representante nas reuniões mensais e estes não participarem do planejamento das ações de controle do câncer de colo uterino, as respostas afirmativas para a ação 7 foram inexistentes (gráfico 2).

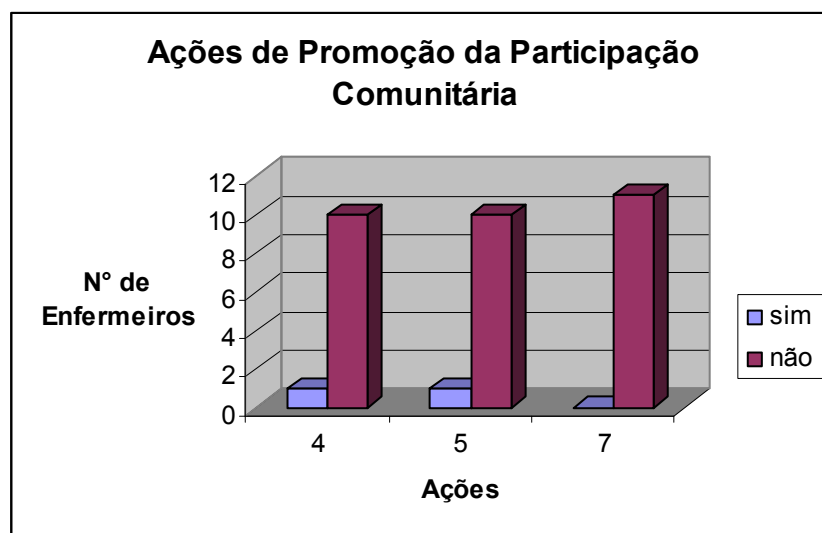


Gráfico 2 - Distribuição do número de enfermeiras conforme ações de incentivo à participação comunitária. São Gonçalo do Amarante-CE, 2007

Ação 4: participação comunitária na elaboração de estratégias para o enfrentamento de problemas; Ação 5: discussão e avaliação dos problemas e estratégias adotadas junto à comunidade; Ação 7: participação da comunidade no planejamento das ações de controle do câncer de colo uterino.

Verificou-se a necessidade de conscientizar e sensibilizar os profissionais das Equipes de Saúde da Família a mobilizarem a comunidade para participarem de forma mais efetiva da elaboração de estratégias para o enfrentamento dos problemas locais e da avaliação das estratégias implementadas para a resolução destes.

Segue registro fotográfico de iniciativas de enfermeiras para promover a participação comunitária.



FIGURA -15

Pré-conferências municipais de saúde



FIGURA -16

Reuniões com a comunidade

5.2.3 Desenvolvimento de Habilidades Pessoais

Assim como a participação comunitária, a estratégia de desenvolvimento de habilidades pessoais tem como objetivo a idéia de “empowerment”, porém no plano individual, ou seja, essa estratégia resgata a dimensão da educação em saúde como meio de capacitar indivíduos, adquirindo conhecimento e consciência política (Czeresnia, 2003).

A Carta de Ottawa (BRASIL, 2001, p. 24) afirma que:

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informações, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.

Essas atividades de educação em saúde devem ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em qualquer espaço coletivo (BRASIL, 2001). Observa-se, assim, que apesar de objetivar o “empowerment” individual, a educação em saúde, no contexto de promoção da saúde, deve ser realizada no coletivo. Isso porque, a informação não deve ser imposta, mas construída pelos indivíduos que a recebem.

Isso é corroborado por Oliveira (2005b), quando afirma que o ambiente de grupo facilita o aumento da consciência crítica devido ao seu potencial para promover a troca de idéias entre os sujeitos, resultando numa conscientização coletiva sobre as condições de vida e na compreensão do potencial do indivíduo e do grupo para a promoção de mudanças.

Foram avaliados no presente estudo três ações de promoção de desenvolvimento de habilidade pessoais: Desenvolvimento comunitário (ação 6), grupos educativos de DST/Aids (ação 9) e grupos educativos sobre controle do CCU (ação 10).

Denominou-se Desenvolvimento Comunitário, as iniciativas em que a ESF participa ou realiza em conjunto com a população e ou movimentos sociais: hortas comunitárias, atividades para geração de renda, cursos de alfabetização, dentre outras (BRASIL, 2005b).

Das enfermeiras, somente uma respondeu positivamente. Segundo esta, a ESF trabalha em parceria com uma associação, Ações Sócio-Educativas de Apoio à Família (ASEF), na qual famílias carentes participam de oficinas geradoras de renda, como artes culinárias e curso de cabeleireiro. As gestantes acompanhadas recebem o material e orientações para a confecção do enxoval do seu próprio bebê. A ASEF trabalha ainda com adolescentes que têm baixo rendimento escolar, ofertando oficinas de teatro e artes manuais, além de orientações sobre saúde. Nessa parceria a ESF contribui participando das atividades, além de oferecer recursos humanos para oficinas relacionadas aos temas sobre saúde.

Contudo, verificou-se a inexistência de registros em relatórios ou livro ata por essa enfermeira. Também não foi possível colher registros fotográficos dessa equipe. Por outro lado, uma outra enfermeira apresentou registros fotográficos de participação nas atividades da ASEF, porém respondeu negativamente por não participar regularmente das atividades da associação.

Em relação ao desenvolvimento de grupos educativos abordando conteúdos sobre prevenção de DST/Aids (ação 9), foram considerados como respostas positivas somente aqueles com frequência trimestral.

Das onze enfermeiras, dez referiram realizar grupos educativos dentro dessa temática (gráfico 3) e apresentaram registros escritos e fotográficos. Esses grupos foram realizados em diversos ambientes, dentre eles: CCF (fundação Cristã para Crianças); Escolas municipais e estaduais com o Projeto Amor à Vida, Associação de Moradores, sala de espera e grupos de mulheres.

Os grupos educativos sempre têm participação multidisciplinar e fazem uso de variadas técnicas educativas para transmitir o conteúdo, como palestras, discussão em grupo, dinâmicas e teatro de bonecos.

O local mais citado pelas enfermeiras foi a escola. Isso devido a atuação das ESF no Projeto Amor à Vida. Esse projeto é uma parceria entre as secretarias de saúde e educação do Estado do Ceará com os municípios e tem como alguns de seus objetivos educar para a paz e formar jovens multiplicadores dentro das escolas. Para tanto, são trabalhadas temáticas como: sexualidade, gênero, família, DST/Aids, drogas, gravidez na adolescência, planejamento familiar, dentre outras.

Ressalta-se a importância do planejamento dessas atividades pelas ESF, já que a coordenadora do projeto Amor à Vida do município, fornece no início de cada ano o cronograma das temáticas que devem ser abordadas a cada mês, sugerindo o material a ser trabalhado. Verificou-se que algumas enfermeiras, após receberem o cronograma, realizaram planejamento anual, com datas, locais, temáticas, recursos e responsáveis pelas atividades. A cada mês é enviado à coordenadora do projeto um relatório sobre as atividades específicas do projeto que foram realizadas pelas ESF.

Os grupos educativos voltados ao controle do CCU foram referidos por oito enfermeiras. Sete destas realizam esses grupos na sala de espera, quatro através de palestra ou atividade similar extra-muro e uma por meio da rádio local.

Quando questionadas sobre o conteúdo desses grupos educativos, os principais foram: a importância da realização do exame de Papanicolaou (referida pelas oito participantes), o retorno para receber o resultado do exame (citado por sete), o uso de preservativo e os fatores de risco para o CCU (mencionado por quatro), a periodicidade do exame e a importância de realizar o tratamento corretamente (referida por três). Somente uma mencionou abordar os fatores protetores.

Diante desses dados, verificou-se que as ações de controle do CCU, ainda estão centradas na prevenção, já que as atividades de educação em saúde foram mais voltadas ao exame, ao tratamento e retorno, enquanto os conteúdos sobre adoção de hábitos saudáveis como uso de condom, os fatores de risco e fatores protetores foram pouco mencionados.

Isso é corroborado por Eduardo (2007) através de um estudo com enfermeiras no acolhimento do exame de Papanicolaou, quando verificou que as atividades educativas realizadas por essas profissionais privilegiavam os aspectos técnicos em detrimento dos conteúdos de promoção da saúde.

Quando questionadas sobre o planejamento dessas atividades educativas as respostas foram diferentes dos grupos educativos de DST/Aids. Somente quatro afirmaram planejar os grupos educativos sobre o controle do CCU. Isso pode ser explicado, em parte, porque essas

atividades são desenvolvidas em sua maioria na sala de espera, quando o conteúdo deve partir das indagações do grupo e não de um roteiro pré-definido.

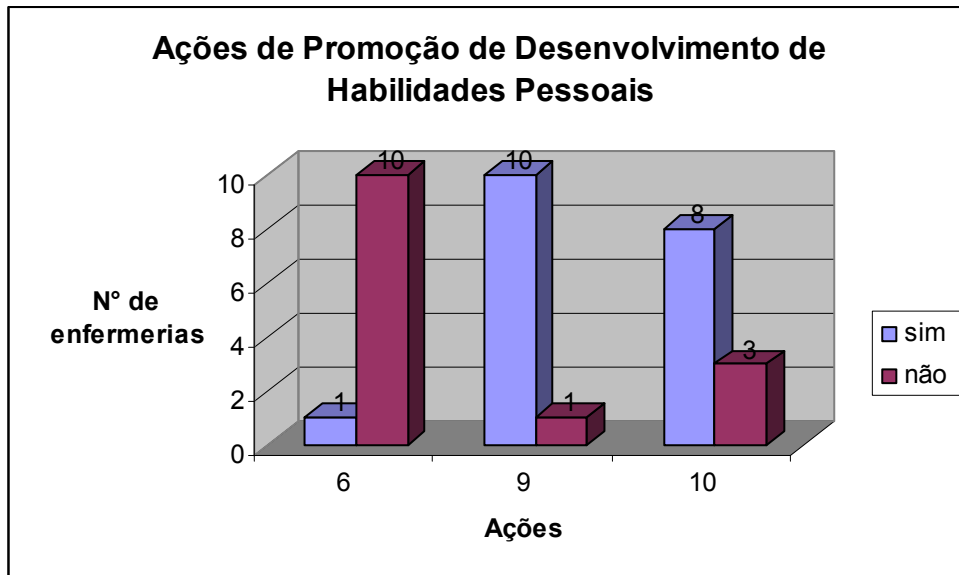


Gráfico 3 - Distribuição do número de enfermeiras de acordo com as ações de promoção do desenvolvimento de habilidades pessoais. São Gonçalo do Amarante-CE, 2007

Ação 6: Desenvolvimento comunitário; Ação 9: Grupos educativos de DST/Aids; Ação 10: Grupos educativos sobre controle do câncer de colo uterino.

As fotos que se apresentam a seguir ilustram as iniciativas de promoção do desenvolvimento de habilidades pessoais.



FIGURA -17



FIGURA -18

Equipe multidisciplinar atuando nos grupos educativos
sobre DST/Aids



FIGURA -19



FIGURA -20

A criatividade e a diversidade de técnicas educativas
utilizadas nos grupos educativos



FIGURA -21



FIGURA -22



FIGURA -23



Sala de espera: informações quanto ao procedimento do exame de Papanicolaou

FIGURA -24

5.2.4 Reorientação dos Serviços de Saúde

Para conceituar a estratégia de promoção da saúde “reorientação dos serviços de saúde” é preciso compreender dois conceitos básicos: saúde e serviços de saúde. Entretanto, tomar um conceito de saúde que permita apreender suas várias significações não é tarefa fácil.

Até a década de 40 a saúde era entendida como a ausência de doenças, reduzindo o seu conceito a um patamar limitado em que saúde e doença se configuram apenas em opostos. A partir de então a Organização Mundial de Saúde (OMS) ampliou o conceito de saúde para o completo bem-estar bio-psico-social, idealizando uma totalidade utópica. Para Aristóteles, a saúde é uma qualidade inata do homem que coopera para a produção da felicidade, objetivo maior da vida. E para os religiosos, a saúde resulta também da disposição infundida diretamente de Deus, compreendida como uma graça divina (BRASIL, 2006e).

Nesse sentido, a saúde além de complexa é polissêmica, ou seja, possui múltiplos significados, porque lida com a produção da própria vida, com valores e interrogações filosóficas e teológicas. Além disso, a saúde também está relacionada a questões políticas, pois é “... produzida socialmente na interação entre sujeitos que disputam por introduzir seus interesses e necessidades na agenda pública, o que decorre da correlação de forças, jogo que se estabelece em arenas decisórias, mediadas por contextos sócio-políticos e condições materiais específicas” (BRASIL, 2006e, p. 8).

Se a saúde for compreendida pelo seu caráter político, o conceito de serviços de saúde será definido como a resposta da sociedade frente às necessidades de saúde, combinando os interesses do Estado, dos trabalhadores, dos produtores de serviços e da população (BRASIL, 2006e).

Quando a Carta de Ottawa estabelece a reorientação dos serviços de saúde como estratégia para promover a saúde, esta recomenda a abertura dos canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais, preconizando uma visão abrangente e intersetorial (CZERESNIA, 2003). Isso porque o modelo biomédico hegemônico no século XX impôs à sociedade uma produção de saúde privatista, altamente especializada, geradora de lucros, individualizada, visando apenas a doença e não o indivíduo na sua integralidade.

Para tanto, a promoção da saúde propõe:

O desafio de reorientar os serviços de saúde a superar a fragmentação do assistir a doença, e irem em direção a perspectiva da atenção integral às pessoas em suas necessidades, numa relação dialógica do cuidar/ser cuidado, do ensinar/aprender. Traz os serviços a reflexão de que necessitam participar ativamente das soluções dos problemas de saúde levantados conjuntamente com as comunidades (BRASIL, 2002a, p. 14).

O presente estudo avaliou duas ações reorientadoras dos serviços de saúde: a intersetorialidade no controle do CCU e a realização do exame de Papanicolaou.

A intersetorialidade compreende o planejamento e a execução de projetos e ações no controle do CCU em parcerias com órgãos públicos, organizações e movimentos sociais, contemplando o diagnóstico das necessidades em saúde da comunidade e seu enfrentamento (BRASIL, 2005b).

Segundo Campos (2000), as ações interssetoriais envolvem processos coletivos organizados, em que os diversos setores negociam e trabalham conflitos, respeitando as diversidades e particularidades de cada um, para que finalmente se possa chegar, com maior potencial, à resolução dos problemas ou à descoberta das possibilidades de agir.

De acordo com o gráfico 4, observou-se que somente uma enfermeira planeja e executa as ações de controle do CCU em parceria com outros setores. Segundo a mesma, tanto a comunidade quanto instituições como o Serviço Social do Comércio (SESC) procuram à coordenação da equipe de saúde local, solicitando palestras sobre a organização da assistência prestada pela ESF.

Verifica-se, que as ações de controle do CCU ainda estão centralizadas no setor saúde, sendo imposta pelo governo, não atendendo as necessidades reais da comunidade assistida pelas ESF. Apesar das conquistas, esse princípio do SUS, ainda não é uma realidade. Por outro lado, constatou-se a presença de um exemplo simples e prático de como a intersetorialidade pode ser efetivada.

A segunda ação “realização do exame de Papanicolaou” foi confirmada por todas as enfermeiras e foi caracterizada como uma ação reorientadora de saúde, não pela sua execução em si, mas pela forma como foi efetuada. Como mencionado anteriormente, o exame de Papanicolaou é uma atividade preventiva secundária. Porém, ao realizar esse exame tem-se a oportunidade de colher informações necessárias para uma orientação individualizada e promotora de saúde.

Para tanto, foram avaliados, através da observação direta das enfermeiras na coleta citológica, a presença de três atividades: histórico voltado para a identificação dos fatores de risco, abordagem sindrômica em DST e orientação de medidas saudáveis e/ou minimização de fatores de risco presentes.

Observou-se o histórico voltado para fatores de risco nos atendimentos de quatro enfermeiras. Os fatores de risco mais investigados foram: paridade, uso de anticoncepcional hormonal, queixas ginecológicas e tabagismo.

Ao investigar fatores de risco, tem-se a possibilidade de se detectar DST (incluindo HPV, grande potencializador de alterações celulares), como de realizar atividade educativa, fornecendo informações à cliente de forma que esta perceba os riscos, as mudanças do corpo e passe a adotar medidas preventivas adequadas (BRASIL, 2000).

A importância de conhecer não apenas os fatores de risco, como também os aspectos sócio-econômicos relacionados com o CCU, fornecem subsídios para o planejamento das ações de controle da neoplasia (ZEFERINO; GALVÃO, 1999).

Entretanto, verificou-se que um número pequeno de enfermeiras considerou o histórico voltado para os fatores de risco como uma atividade importante a ser realizada durante a coleta citológica e, ainda, associou esses fatores não ao CCU, mas ao câncer de mama.

Isso é corroborado por Eduardo (2005) ao estudar a qualidade da coleta citológica por enfermeiras, quando observou que as participantes do estudo se limitaram a conhecer somente os fatores que constavam no formulário de atendimento, deixando de colher informações importantes para o controle do CCU.

A abordagem sindrômica foi realizada por cinco enfermeiras, ressaltando-se que entre as demais, o momento da observação correspondeu ao atendimento de usuárias sem quaisquer queixas, para as quais não se aplicava realizar a abordagem.

Esta é realizada por meio de fluxogramas, permitindo ao profissional não especialista dar o diagnóstico sindrômico e prescrever tratamento imediato (BRASIL, 2000). Para tanto, é

necessário que o município disponha de portaria autorizando enfermeiros a prescreverem os medicamentos indicados em cada síndrome, o que já existe no município em estudo.

Quanto às orientações às clientes para a adoção de medidas saudáveis e minimização de fatores de risco presentes, somente quatro enfermeiras tiveram essa prática. Entretanto, assim como a abordagem sindrômica, o pequeno número de enfermeiras que orientaram a minimização dos fatores de risco pode ser justificado pelo baixo risco das clientes que foram atendidas no período da coleta dos dados, tornando essa conduta desnecessária. Por outro lado, ressalta-se que essa conduta poderia ter sido mais presente se as enfermeiras em estudo realizassem o histórico voltado para os fatores de risco.

Dentre as orientações às clientes, as mais referidas foram: o combate ao tabagismo, o uso correto de condom e a realização da higiene íntima adequada. Essas orientações exercem efeito protetor para o CCU, caracterizando-se como ação promotora de saúde.

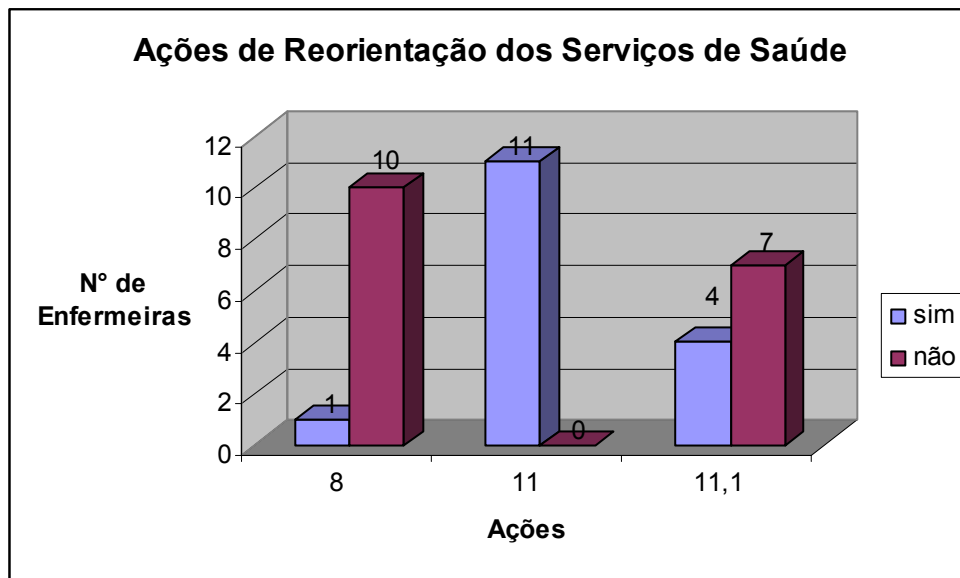


Gráfico 4 - Distribuição do número de enfermeiras de acordo com as ações de reorientação dos serviços de saúde. São Gonçalo do Amarante-CE, 2007

Ação 8: intersectorialidade no controle do CCU; Ação 11: realização do Papanicolaou; Ação 11.1: orientação de medidas saudáveis.

As fotos a seguir ilustram a iniciativa da ESF que referiu a intersectorialidade das ações de controle do CCU como prática.



FIGURA -25



FIGURA -26

5.2.5 Políticas Públicas Saudáveis

A estratégia “Políticas Públicas Saudáveis” foi a primeira estratégia elaborada e discutida nas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde. Foi tema Central da II Conferência Internacional ocorrida em Adelaide (1988) e foi caracterizada por esta pelo “[...] interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população.” (BRASIL, 2001, p. 28). Tais políticas têm como principal propósito criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver de forma saudável, priorizando grupos mais desprivilegiados e vulneráveis.

Como mencionado anteriormente, as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde tiveram forte influência sobre as políticas nacionais brasileiras, culminando com o processo de redemocratização do país e a implementação do SUS. Portanto, o Brasil possui um sistema de saúde baseado em princípios que têm como principal objetivo a promoção da saúde.

Recentemente, como meio para efetivar o SUS, foi publicado o documento “Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde”, que traz dentre outros objetivos as metas do governo para controlar os cânceres de colo uterino e de mama (BRASIL, 2006c).

Para o CCU o Ministério da Saúde estabelece uma cobertura de 80% para o exame preventivo ou exame de Papanicolaou. Contudo, no presente estudo foi estabelecido como meta uma cobertura acima de 90% (BRASIL, 2005b). Para avaliar a cobertura de Papanicolaou no município utilizou-se a meta mensal de Papanicolaou realizada por cada ESF como base para o cálculo do número de mulheres que deveriam se submeter ao exame no período de seis meses. Esta meta mensal é estabelecida anualmente pela Secretaria de

Vigilância à Saúde (SVS) do município, de acordo com a população de mulheres com idade entre 25 e 59 anos, a fim de atingir 100% da população. Posteriormente, verificou-se junto à vigilância o número de coletas realizadas por cada enfermeira, no período de janeiro a junho de 2007, e comparou-se com a meta para seis meses.

Segundo o gráfico 5, somente três enfermeiras conseguiram atingir a cobertura maior que 90% da população. Entretanto, pode-se observar que em algumas ESF, a enfermeira esteve ausente por um ou dois meses devido férias, licença ou permuta de equipe.

Se o instrumento considerasse a cobertura mínima de 80% como requer o Pacto pela Saúde, esse dado seria invertido, somente três enfermeiras não teriam atingido a cobertura desejada. Esse percentual de 80% para cobertura do exame de Papanicolaou está baseado em estudos da OMS que afirmam que quando o rastreamento apresenta esse valor de cobertura e é realizado conforme padrões de qualidade, obtém-se uma modificação efetiva das taxas de incidência e de mortalidade por CCU (BRASIL, 2006a).

Vale ressaltar o motivo da meta mensal de exame de Papanicolaou ser calculada com base na população de mulheres na faixa etária entre 25 e 59 anos. Essa população é a mais vulnerável ao CCU, segundo estudos estatísticos e a história natural desse câncer (BRASIL, 2006a).

A segunda ação caracterizada como Política Pública Saudável é a busca ativa dos casos de citologia de colo uterino alterados. Segundo a Declaração de Adelaide (BRASIL, 2001), existe uma necessidade de se avaliar o impacto das políticas públicas saudáveis e para tanto é necessário o desenvolvimento de sistemas de informações para a saúde, que apoiem este processo.

No controle do CCU esse sistema de informações é denominado SISCOLO e tem como objetivos: avaliar as ações desenvolvidas, conhecer a prevalência das lesões precursoras entre mulheres com diagnóstico de câncer de colo do útero, a quantidade e adequabilidade da coleta de exames, o percentual de mulheres que estão em tratamento ou acompanhamento, avaliar a captação de novas mulheres e cobertura do programa de rastreamento, proporcionando informações à tomada de decisões (BRASIL, 2006a).

A segunda ação foi avaliada através dos documentos enviados à SVS pelo SISCOLO com os formulários de busca ativa e o nome das usuárias que apresentaram alterações nos resultados dos exames de Papanicolaou. A SVS envia os formulários preenchidos para as ESF e ao recebê-los registra nos documentos arquivados e os envia novamente ao SISCOLO. Portanto, foram avaliados os formulários enviados para cada ESF que retornaram para a SVS, no período de janeiro a junho de 2007.

Conforme o gráfico 5, todas as enfermeiras realizam a busca ativa dos casos de citologia de colo uterino alterados. Contudo, nos registros da SVS houve falha no retorno desses formulários, visto que alguns não retornaram e outros o fizeram tardiamente.

A terceira ação caracterizada como Políticas Públicas Saudáveis garante à usuária o tratamento adequado e a cura dos processos inflamatórios ou alterações citológicas, prevenindo, assim, a progressão de lesões pré-cancerígenas.

Verificou-se que todas as enfermeiras referiram realizar a intervenção indicada e/ou encaminharam as usuárias ao médico, sendo comprovada a afirmação através da observação dos exames quando estas adotavam as condutas da abordagem sindrômica ou encaminhavam as pacientes ao médico após verificar alteração no colo uterino (a presença de lesões acetobranças, por exemplo). Ressalta-se novamente a importância da abordagem sindrômica nessa etapa, permitindo ao enfermeiro tratar os processos inflamatórios durante o período de queixa da paciente. Também é importante enfatizar que as pacientes encaminhadas, por enfermeiras, para colposcopia ou mediante alguma alteração detectada, são prontamente atendidas por médico.

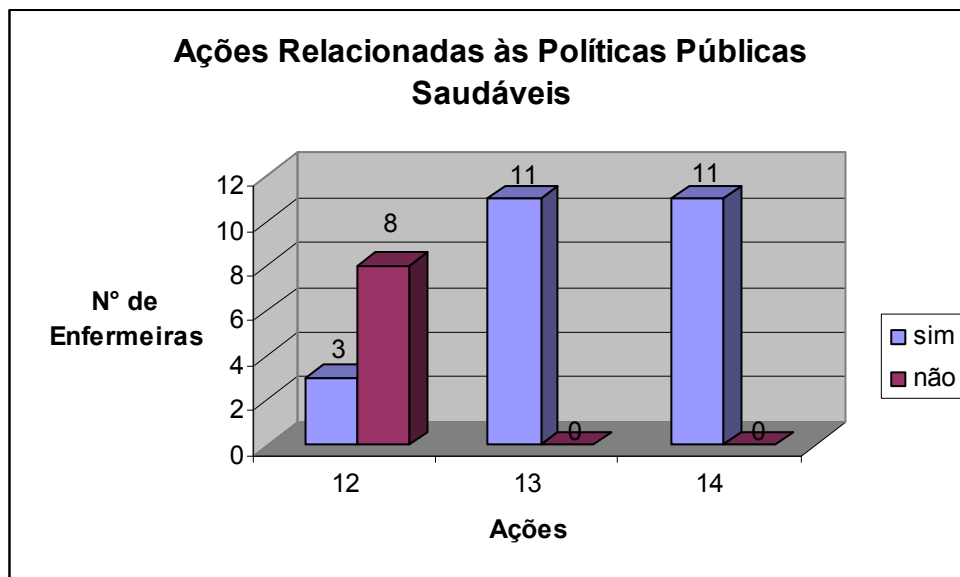


Gráfico 5 - Distribuição do número de enfermeiras de acordo com as ações relacionadas às políticas públicas saudáveis. São Gonçalo do Amarante-CE, 2007

Ação 12: Cobertura do Papanicolaou maior que 90% ; Ação 13: busca ativa dos casos de citologia de colo uterino alterados; Ação 14: realiza intervenção indicada ou encaminha.

5.3 Fatores de risco para câncer de colo uterino presentes em mulheres que buscam o exame de Papanicolaou

Participaram do presente estudo 390 mulheres que compareceram as unidades básicas de saúde no período de maio a agosto de 2007 para realizar o exame de Papanicolaou e que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos na metodologia. Os fatores de risco para o câncer de colo uterino (CCU) foram agrupados em quatro categorias, sendo estas: aspectos sócio-demográficos (tabela 1); fatores de risco sócio-culturais e realização do Papanicolaou (tabela 2); fatores de risco relacionados ao Índice de Massa Corporal (IMC), tabagismo e uso de contraceptivos hormonais (tabela 3); e fatores de risco relacionados à saúde sexual e reprodutiva (tabela 4).

Os aspectos sócio-demográficos envolveram as seguintes características: idade, condição de união e ocupação (tabela 1).

A idade das participantes variou de 12 a 59 anos, com média de 31,51 anos e desvio padrão de 10,4. Portanto, das mulheres que realizaram Papanicolaou no período do estudo a maioria estava na faixa etária entre 20 e 29 anos (tabela 1).

Esse dado é corroborado pelo Ministério da Saúde, ao afirmar que a maior parte dos exames preventivos do CCU é realizada em mulheres com menos de 35 anos. A mesma fonte, explica que isso ocorra provavelmente porque as mulheres nessa faixa etária comparecem mais aos serviços para cuidados relativos à natalidade e alerta para o subaproveitamento da rede, já que as mulheres na faixa etária de maior risco não estão sendo atingidas (BRASIL, 2006a).

Segundo Smeltzer e Bare (2002), o CCU predomina na faixa etária entre 30 e 45 anos, todavia há registros de casos aos 18 anos. Para o Instituto Nacional do Câncer a faixa etária de maior incidência do CCU inicia-se entre 20 e 29 anos, com risco progressivo até atingir seu ápice entre 45 e 49 anos. Apenas uma pequena porcentagem ocorre abaixo dos 30 anos (BRASIL, 2007). A esse respeito, Bezerra (2007) ressalta ser positivo que jovens procurem os serviços de saúde, inclusive criando oportunidade para a promoção da saúde e prevenção do CCU, mas alerta para que essa demanda não dificulte o acesso do grupo de maior risco epidemiológico.

Portanto, as ESF precisam identificar as mulheres na faixa etária de maior risco, ou seja, acima dos 30 anos, faltosas ao exame de Papanicolaou, facilitando o acesso destas ao serviço de saúde, na certeza de estarem atendendo conforme critérios de risco.

Quanto à condição de união, 302 (77,4%) mulheres referiram ter companheiro estável (tabela 1), o que também foi comprovado quando questionadas sobre o número de parceiros sexuais nos últimos três meses.

Estudos mostram ser a multiplicidade de parceiros sexuais fator de risco para aquisição de DST/Aids e conseqüentemente de CCU (ANTUNES *et al.*, 2004; BRASIL, 2006a). A estabilidade na condição de união está associada ao uso esporádico ou ao desuso de condom pelo casal, constituindo-se um fator de risco para lesões pré-cancerígenas. Segundo Antunes *et al.* (2004) existe uma maior incidência de carcinoma de pênis nos parceiros fixos de pacientes com carcinoma cervical, provavelmente ocasionado pelo desuso de preservativo.

Ao serem questionadas sobre a ocupação, 190 (48,7%) mulheres referiram as atividades do lar. A maior parte, ou seja, 252 (65%) participantes, não colabora com recursos financeiros diretos para a renda familiar, uma vez que encontravam-se desempregadas, trabalhando somente no lar ou eram estudantes.

Tabela 1 - Distribuição do número de mulheres segundo aspectos sócio-demográficos. São Gonçalo do Amarante-CE, maio-ago 2007

Variáveis	Nº	%
Faixa Etária (n =390)		
10 a 19	50	12,8
20 a 29	142	36,4
30 a 39	109	27,9
40 a 49	67	17,2
50 a 59	22	5,6
Condição de União (n =390)		
Com companheiro eventual	17	4,4
Com companheiro estável	302	77,4
Com parceiro estável e eventual	19	4,9
Sem companheiro	52	13,3
Ocupação (n= 381)		
Autônoma	43	11,0
Desempregada	34	8,7
Empregada	80	20,5
Estudante	28	7,2
Do lar	190	48,7
Aposentada	6	1,5

Os fatores de risco sócio-culturais, classe econômica e escolaridade, foram agrupados na mesma tabela que realização do exame de Papanicolaou (tabela 2).

Para avaliar as condições sócio-econômicas das mulheres optou-se por utilizar os Critérios de Classificação Econômica Brasil (CCEB), elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. O CCEB estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas,

abandonando a antiga classificação em termos de classes sociais, realizando a divisão de mercado em classes econômicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2003).

Para tanto, foram incluídos no instrumento de coleta de dados os itens de posse contidos nos CCEB e o grau de instrução da mulher, apesar de os CCEB utilizarem o grau de instrução do chefe da família, aspecto avaliado neste estudo, para com a mulher. A seguir contabilizou-se a pontuação correspondente aos itens de posse e classificou-se nas seguintes categorias: A1, A2, B1, B2, C, D, E (Anexo A).

De acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2003) essas classes econômicas corresponderiam as seguintes classes sociais: A1 – família com renda média de R\$ 7.793,00; A2 – renda de R\$ 4.648,00; B1– renda de R\$ 2.804,00; B2 – R\$ 1.669,00; C – R\$ 927,00; D – R\$ 424,00 e E – R\$ 207,00.

A classe econômica da população em estudo variou de B2 a E, com maior concentração nas classes D e E, que juntas corresponderam a 258 (66,2%) mulheres.

Como a amostra é representativa, afirma-se que as mulheres do município de São Gonçalo do Amarante que realizam exame de Papanicolaou no PSF, pertencem às classes econômicas mais baixas.

Segundo Pessini e Silveira (2004) os níveis sócio-econômicos baixos caracterizam-se como fator de risco para o CCU. Isso é comprovado por estudo que afirma a maior frequência dessa neoplasia em países em desenvolvimento que em países desenvolvidos. Essa variável classe econômica tem forte relação com o CCU em todo o mundo, sendo explicada pelo fato das classes sócio-econômicas mais baixas serem mais vulneráveis por concentrarem as maiores barreiras de acesso aos serviços de detecção precoce, pelas dificuldades financeiras para darem seguimento ao tratamento ou mesmo pelo desconhecimento das medidas de promoção da saúde e prevenção da patologia (BRASIL, 2002b).

Outro fator de risco investigado e também relacionado às condições socioculturais e econômicas foi a escolaridade. O grau primário completo ou ensino fundamental incompleto predominou no grupo pesquisado (Tabela 2). Reunindo o número de mulheres com escolaridade até o ensino médio incompleto, verificou-se um elevado percentual, correspondendo a 295 (75,6%) mulheres da amostra.

Os dados demonstram que as mulheres que comparecem ao exame preventivo no município em estudo possuem fatores de risco econômicos e sócio-culturais para o CCU.

Segundo Carret (2004) as mulheres com déficit cultural e econômico são mais vulneráveis a contrair DST por não possuir habilidade em conversar e negociar o uso da camisinha com o parceiro. Por outro lado, aquelas que apresentam maior grau de instrução são provavelmente mais conscientes de seus direitos e têm mais poder para praticar sexo seguro.

Estudo realizado em São Paulo com 635 mulheres investigou a associação entre o uso de condom e as variáveis sócio-econômicas e demográficas, verificando o uso limitado de condom entre mulheres com níveis sócio-econômicos baixos e menor escolaridade, encontrando significância estatística (VIEIRA *et al.*, 2002).

Quanto à realização do exame de Papanicolaou, 355 (91,0%) das mulheres referiram ter realizado o exame (tabela 2). Destas, nove (2,5%) afirmaram realizá-lo semestralmente, 252 (71,0%) com freqüência anual e 50 (14,1%) trienalmente. As demais mulheres, 44 (12,4%), não tinham freqüência regular ou o realizavam a cada dois anos.

É importante ressaltar que a percentagem de mulheres que realizou o exame correspondeu ao percentual de 90% de cobertura estabelecida pelo Ministério da Saúde.

A não realização do exame preventivo é considerada um dos maiores riscos para o desenvolvimento de CCU, já que ao realizá-lo a mulher tem a oportunidade de identificar lesões pré-cancerígenas e, uma vez tratando-as, diminuir a progressão para o câncer invasor (FREITAS *et al.*, 2006).

Estudo realizado por Bezerra (2007) corrobora essa afirmação ao verificar que a maior proporção de cervicografias (exame complementar ao Papanicolaou) com resultados positivos foi de mulheres que nunca haviam realizado o exame preventivo.

O Ministério da Saúde estabelece que o exame preventivo seja realizado uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. A periodicidade do exame de Papanicolaou foi estabelecida após estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstrarem que, em mulheres entre 35 e 64 anos, depois de um exame citopatológico negativo, o subsequente pode ser realizado após três anos, com a mesma eficácia da realização anual (BRASIL, 2006a).

Como o maior número de mulheres do presente estudo referiu a freqüência anual para o exame preventivo, questiona-se a necessidade dessas mulheres em realizá-lo com essa freqüência, diminuindo a oferta desse exame para outras que nunca tiveram a oportunidade de realizá-lo.

Tabela 2 - Distribuição do número de mulheres segundo fatores de risco sócio-culturais e realização do Papanicolaou. São Gonçalo do Amarante-CE, maio-ago 2007

Variáveis (n=390)	Nº	%
Classe Econômica		
B2	9	2,3
C	123	31,5
D	205	52,6
E	53	13,6
Escolaridade		
Analfabeto/ primário incompleto	72	18,5
Primário completo/ fundamental incompleto	116	29,7
Fundamental completo/ ensino médio incompleto	107	27,4
Ensino médio completo/ superior incompleto	89	22,8
Superior completo	6	1,5
Realização de Papanicolaou		
Sim	355	91,0
Não	35	9,0

A tabela 3 avalia os fatores de risco relacionados ao IMC, tabagismo e uso de contraceptivos hormonais.

A subnutrição ou baixo peso tem sido caracterizado como fator de risco para o CCU devido às mulheres com essa neoplasia terem os níveis de folato, beta-caroteno e vitamina C, menores que as mulheres sem câncer cervical (SMELTZER; BARE, 2002).

O IMC é um parâmetro fácil, de baixo custo e de boa sensibilidade para avaliar o estado nutricional (BARROS *et al.*, 2002). Para tanto, calculou-se o IMC das participantes como forma de avaliar a presença do fator de risco “subnutrição” que corresponde ao termo baixo peso do instrumento. Vale ressaltar que não foi objetivo desse estudo avaliar o consumo alimentar das participantes, mas somente o estado nutricional das mesmas.

Segundo a tabela 3, o risco nutricional das mulheres que realizam o exame preventivo em São Gonçalo do Amarante é baixo, já que somente 16 (4,2%) da amostra apresentaram baixo peso ou subnutrição.

Por outro lado, verificou-se um elevado número de mulheres com sobrepeso ou obesidade (tabela 3), que apesar de não se constituir fator de risco para o CCU, tem sido apontada como a segunda causa evitável para outros tipos de câncer, além de representar risco para doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes tipo 2 (BRASIL, 2006d).

Quanto ao tabagismo foi inserido no instrumento de coleta de dados o Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) (Anexo B). Este é de aplicação simples, rápida e de baixo custo, que tem permitido identificar, efetivamente, o grau de dependência à nicotina (HALTY *et al.*, 2002). Fundamenta-se em seis questões que representam o reflexo fiel do

comportamento do indivíduo frente ao fumo e classifica o grau de dependência em baixo, médio e elevado. Quanto maior o grau de dependência maior será a dificuldade do indivíduo em parar de fumar ou manter-se sem fumar após o tratamento (FAGERSTRÖM, SCHNEIDER, 1989; HALTY *et al.*, 2002).

O uso de cigarro é considerado fator de risco para CCU porque o tabaco diminui significativamente o número de células de Langerhans no colo uterino, favorecendo a persistência do HPV e conseqüentemente o aparecimento de lesões pré-malignas e malignas (VILLA, 1997).

Ressalta-se que esse risco é diretamente proporcional a quantidade de cigarros consumidos pela mulher (INCA, 2005). Como mencionado anteriormente, estudo revelou que o risco relativo de desenvolver NIC III ou câncer cervical foi de 4,3 para mulheres que fumavam um ou mais maços de cigarros por dia, comparando-se a 3,3 para ex-fumantes. Para as mulheres que fumavam menos que um maço de cigarros por dia, o risco relativo foi de 2,9 (CASTLE *et al.*, 2002).

No estudo realizado por Bezerra (2007) utilizando o QTF, verificou-se que 100% das mulheres com lesões acetobranças no colo uterino, pelo método de avaliação com ácido acético, apresentaram alto grau de dependência, 75% das que manifestaram lesões ao exame de cervicografia e 14% das citologias alteradas apresentaram médio grau de dependência.

No presente estudo, 50 (12,8%) das mulheres tinham o hábito de fumar e destas 40 (80%) apresentaram grau de dependência leve, seis (12%) médio grau e somente quatro (8%) o grau mais elevado. Verifica-se, portanto, que se fosse disponibilizado tratamento para estas mulheres pararem de fumar, o número de fumantes poderia ser reduzido já que o grau de dependência da maioria mostrou-se baixo.

De acordo com alguns autores o uso de anticoncepcional combinado oral (ACO) por mais de cinco anos é considerado fator de risco para CCU (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005; BRASIL, 2006a). Para Pessini e Silveira (2004) a associação entre o uso prolongado de ACO e o CCU pode ser explicada pela deficiência de folato no colo uterino originada pelo uso prolongado do contraceptivo. Cestellsagué (2001) acrescenta que o componente hormonal facilita a persistência do HPV e a promoção da forma episomal do DNA-HPV para a integração dentro do genoma do hospedeiro.

Apesar desse exposto, estudos têm demonstrado que a associação significativa entre essas duas variáveis se dá pelo fato das mulheres que fazem uso de ACO receberem uma melhor atenção pelo serviço de saúde, não utilizarem métodos de barreira, submeterem-se ao exame preventivo com maior frequência e serem mais vulneráveis a detecção de lesões de

colo, já que os ACO podem favorecer o surgimento de ectropias (LIMA; PALMEIRA; CIPOLLOTTI, 2006; GAERTNER, 2006; BRASIL, 2002b).

O uso de contraceptivos hormonais correspondeu a 140 (35,9%) das mulheres do estudo (tabela 3). Dessa porcentagem, nove (6,4%) utilizavam injetável e as demais o ACO. O tempo de uso do ACO foi avaliado em menor ou maior que cinco anos, para estabelecer o risco das usuárias em desenvolver CCU. Somente 38 (27,1%) das usuárias de ACO afirmaram uso acima de cinco anos, o que corresponde a 9,7% da população de mulheres estudadas.

Portanto, constata-se que as mulheres do município de São Gonçalo do Amarante que realizam o exame de Papanicolaou têm baixa exposição aos fatores de risco subnutrição, tabagismo e uso prolongado de ACO (mais de cinco anos).

Tabela 3 - Distribuição do número de mulheres segundo fatores de risco relacionados ao Índice de Massa Corporal, tabagismo e uso de anticoncepcional hormonal. São Gonçalo do Amarante-CE, maio-ago 2007

Variáveis	Nº	%
IMC (n=378)		
Baixo peso	16	4,2
Peso adequado	216	57,1
Sobrepeso	98	25,9
Obesidade	48	12,7
Fumante (n=390)		
Sim	50	12,8
Não	340	87,2
Uso de anticoncepcional hormonal (n= 390)		
Sim	140	35,9
Não	250	64,1

Foram avaliados os seguintes fatores de risco relacionados à saúde sexual e reprodutiva: paridade, início precoce da atividade sexual, pluralidade de parceiros sexuais, história progressiva de DST/Aids e desuso de condom (tabela 4).

Estudo retrospectivo realizado com 362 portadoras de CCU relacionou a multiparidade com a maior incidência dessa neoplasia, já que o maior número de gestações e parto está diretamente ligado ao menor nível sócio-econômico e que a maioria das mulheres em estudo apresentou mais que quatro gestações ou parto (MURTA *et al*, 1999). Em outro estudo, mulheres com sete ou mais gestações a termo apresentaram risco quatro vezes maior de desenvolver CCU quando comparados com as nulíparas (CASTELLASAGUÉ, 2001).

Hildesheim (2001) reafirma que a ocorrência de NIC III cresce com o aumento da paridade e atribui essa associação aos fatores hormonais, traumáticos e imunológicos decorridos do número de gestações.

No presente estudo, apesar da maioria das participantes ser nulípara e/ou ter até quatro gestações, a percentagem de mulheres múltiparas (mais de quatro gestações) mostrou-se significativa, questionando-se a qualidade da assistência em planeamento familiar.

A idade da primeira gestação mostrou que 195 (61,5%) das mulheres em estudo engravidaram na adolescência. Entretanto, somente 15 (4,7%) destas a tiveram em idade muito precoce, entre 10 e 14 anos (tabela 4). Reforçando esta assertiva, o início da atividade sexual ocorreu precocemente, verificando-se que 307 (81,0%) das mulheres acompanhadas no exame preventivo iniciaram a atividade sexual antes dos 19 anos e destas, 62 (mais de 20%) a iniciaram até os 14 anos.

Estudo com adolescentes sexualmente ativas tem demonstrado que mulheres nessa fase apresentam epitélio metaplásico imaturo e extensas áreas de ectopia que contribuem para aumento da vulnerabilidade do colo uterino às infecções sexualmente ativas, destacando o HPV (TUBAKI, 2003). O referido vírus é um patógeno epiteliotrófico intracelular que infecta células mitoticamente ativas, como as células presentes na zona de transformação da cérvice uterina, causando infecção transitória que, em 20% dos casos, evoluem para forma persistente. Por outro lado, quando ocorre infecção latente pelo HPV, a replicação viral pode ser ativada em estados de imunodepressão fisiológica, o que ocorre durante a gravidez, por exemplo (TUBAKI, 2003).

Pessini e Silveira (2004) acrescentam que a precocidade da atividade sexual (até 14 anos) e da gravidez (até 20 anos) são fatores de risco porque na adolescência a metaplasia se intensifica e o coito aumenta a probabilidade de transformação atípica.

Quanto ao número de parceiros nos últimos três meses, 327 (94,0%) mulheres afirmaram ter um único parceiro sexual (tabela 4). Entretanto, não foi pesquisada a correspondência do parceiro a referida fidelidade.

A pluralidade de parceiros por parte da mulher ou do companheiro se constitui fator de risco devido a maior possibilidade de transmissão de HPV e outras DST, como o HIV/Aids (BRASIL, 2006a).

Estudo realizado com mulheres que apresentaram lesões acetobranças à investigação com ácido acético (IVA) verificou que as mulheres que não tiveram nenhum parceiro nos últimos três meses obtiveram menor percentual de IVA positiva (12%) comparados com quem apresentou pelo menos um parceiro (48%), apresentando associação estatisticamente relevante ($p=0,015$) (BEZERRA, 2007).

Quando questionadas sobre história pregressa de DST, 39 (10%) das mulheres confirmaram o diagnóstico dessas doenças em algum momento da vida. Essa informação foi validada nas anotações do prontuário da paciente. Entretanto, chama-se a atenção para a subnotificação das DST, comum nas diferentes regiões do Ceará e do país.

Dentre as DST referidas, a mais citada foi a trichomoníase (18), seguida da candidíase (9), HPV (6) e HIV ou Doença Inflamatória Pélvica (2). Nove mulheres não souberam informar qual DST foi diagnosticada, aspecto que denuncia a falta de comunicação profissional-cliente e a promoção da participação da usuária no processo saúde-doença.

O Ministério da Saúde afirma que mulheres com DST apresentam alterações celulares do colo de útero cinco vezes mais (BRASIL, 2006a). Isso ocorre devido à possibilidade de a maioria delas provocar inflamação e/ou ulceração genital, facilitando a disseminação de outras DST, incluindo o HPV (GIR, 1994).

O HPV é um DNA-vírus encontrado em 95% dos casos de câncer de colo uterino. Em alguns estudos essa porcentagem chegou a 99,7%, caracterizando o HPV como fator central e causal dessa neoplasia (SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005). O HPV é caracterizado pela habilidade de transformar a célula epitelial infectada, provocando lesões de pele ou mucosa (BRASIL, 2006a). Isso ocorre porque o vírus possui oncogenes (E6 e E7) com potencial de transformação cancerígena (ARENDS; BUCKLEY; WELLS, 1998).

A prevalência, o contágio, a agressividade e a persistência do HPV são maiores em mulheres HIV-positivo do que naquelas sem a infecção. A infecção pelo HIV parece induzir a replicação do HPV, intensificando o processo infeccioso e promovendo reativação e persistência do HPV (COELHO *et al.*, 2004, p. 98).

O fator de risco relacionado à história pessoal de DST/Aids poderia ser minimizado pelo uso freqüente e adequado de condom, considerado um fator protetor para CCU, devido à diminuição dos índices da patologia entre os usuários (SOUTO; FALHARI; CRUZ, 2005).

Segundo a tabela 4, verificou-se que as mulheres em estudo estão, em sua maioria, vulneráveis à aquisição de DST/Aids, pois somente 86 (22,1%) mulheres faziam uso de condom sempre.

Entre os motivos mais citados para justificar o desuso ou uso irregular do condom encontrou-se: a confiança no parceiro (n= 80), o parceiro não aceitar (n=67), a mulher não gostar (n=52) e não ter consciência da proteção e necessidade de uso do preservativo (n=28). Outras responderam ainda, a alergia ao látex, a histerectomia, o desejo de engravidar ou a condição de gestante e a abstinência sexual como motivos para o desuso.

Tabela 4 - Distribuição do número de mulheres segundo fatores de risco relacionados à saúde sexual e reprodutiva. São Gonçalo do Amarante-CE, maio-ago 2007

Variáveis	Nº	%
Nº de Gestações (n =390)		
Nulípara	72	18,5
1 a 4	251	64,4
Maior que 4	67	17,2
Idade na 1ª gravidez (n =317)		
10 a 14 anos	15	4,7
15 a 19 anos	180	56,8
20anos ou mais	122	38,5
Coitarca (n= 379)		
10 a 14 anos	62	16,4
15 a 19 anos	245	64,6
20anos ou mais	72	19,0
Nº de parceiros nos últimos 3 meses (n =348)		
1	327	94,0
2	12	3,4
3	5	1,4
4	3	0,9
5	1	0,3
História de DST (n =385)		
Sim	39	10,0
Não	351	90,0
Uso de condom (n= 390)		
Sempre	86	22,1
Nunca	136	34,9
Às vezes	132	33,8
Não se aplica	31	7,9

5.4 Conhecimento de mulheres sobre fatores de risco para câncer de colo uterino

Quanto ao conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco para CCU, 239 (61,28%) referiram conhecer, no mínimo, um fator (gráfico 6). Apesar de a maioria relatar possuir esse conhecimento, verificou-se que o número de mulheres poderia ser mais elevado se o nível sócio-econômico e cultural destas, em geral, não fosse tão baixo.

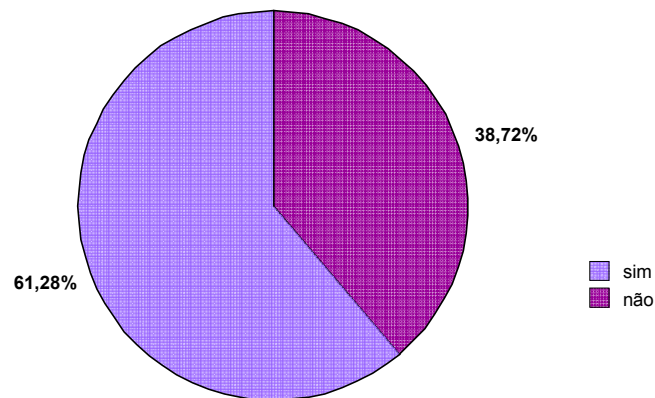


Gráfico 6 - Distribuição do número de mulheres segundo conhecimento sobre os fatores de risco para câncer de colo uterino. São Gonçalo do Amarante-CE, maio-ago 2007

Pode-se comprovar essa afirmação ao associar os fatores de risco presentes na população em estudo com o conhecimento destas sobre os mesmos. Para tanto, apresentam-se a seguir essas associações.

Quando variáveis sócio-demográficas e o conhecimento das mulheres foram comparadas, verificou-se que somente a variável ocupação teve associação estatisticamente relevante ($p= 0,002$), revelando que mulheres que contribuem financeiramente com a renda familiar tem maior conhecimento sobre os fatores de risco para CCU do que aquelas desempregadas ou que exercem atividades do lar (tabela 5).

Em parte, pode-se atribuir essa associação ao fato de a baixa inserção no mercado formal ou a inserção em profissões de pouca qualificação estar intimamente relacionada à baixa escolaridade (GOMES; NÓBREGA-THERRIEN, 2005).

Tabela 5 - Distribuição do número de mulheres de acordo com as variáveis sócio-demográficas e o conhecimento dos fatores de risco para câncer de colo uterino. São Gonçalo do Amarante-CE, maio-ago 2007

Variáveis	Conhecimento sobre fatores de risco				χ^2	p
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%		
Faixa Etária (n =390)					3,057	0,548
10 a 19	27	11,2	23	15,2		
20 a 29	86	35,9	56	37,1		
30 a 39	73	30,4	36	23,9		
40 a 49	42	17,5	26	17,2		
50 a 59	12	5,0	10	6,6		
Condição de União (n =390)					1,479	0,687
Com companheiro eventual	10	4,2	7	4,6		
Com companheiro estável	181	75,8	121	80,1		
Com parceiro estável e eventual	13	5,4	6	4,0		
Sem companheiro	35	14,6	17	11,3		
Ocupação (n= 390)					20,409	0,002
Autônoma	35	14,7	8	5,3		
Desempregada	18	7,6	16	10,6		
Empregada	60	25,1	20	13,2		
Apenas estudante	17	7,1	11	7,3		
Do lar	101	42,2	89	59,0		
Aposentada	3	1,2	3	2,0		

A associação entre as variáveis fatores de risco sócio-culturais (classe econômica e escolaridade) e o conhecimento das mulheres também apresentou significância estatística ($p=0,000$ para ambas as associações), o que não foi observado com a variável realização do exame de Papanicolaou (tabela 6). Portanto, o presente estudo reafirmou que as mulheres que pertencem a classes econômicas baixas e que possuem menor escolaridade revelam menor conhecimento sobre os fatores de risco para o CCU, comparadas aquelas com níveis culturais e econômicos mais elevados.

Como mencionado na Declaração de Jacarta, o acesso à instrução e à informação é essencial para que o indivíduo exerça maior controle sobre sua saúde e participação e seja eficaz nas decisões políticas (BRASIL, 2001). Desta forma, o conhecimento dos fatores de risco para CCU torna-se um instrumento necessário para a promoção da saúde das mulheres.

Contudo, mesmo que as informações sobre os fatores de risco para CCU sejam fornecidas pelos profissionais das ESF, estas não serão efetivas se as mulheres tiverem baixa instrução, visto ser esta motivo para o déficit na compreensão das informações oferecidas. Por outro lado, os profissionais das ESF podem desenvolver técnicas educativas que facilitem a compreensão dessas mulheres utilizando linguagem e exemplos do cotidiano.

Convém ressaltar a responsabilidade dos gestores governamentais como co-responsáveis pela exposição das mulheres ao desenvolvimento do CCU, visto a baixa

escolaridade decorrer do contexto sócio-econômico e político no qual as mulheres se encontram (GOMES; NÓBREGA-THERRIEN, 2005).

Tabela 6 - Distribuição do número de mulheres de acordo com fatores de risco sócio-culturais, realização do Papanicolaou e conhecimento de fatores de risco para câncer de colo uterino. São Gonçalo do Amarante-CE, maio-ago 2007

Variáveis	Conhecimento sobre fatores de risco				χ^2	p
	Não		Sim			
	Nº	%	Nº	%		
Classe Econômica					26,240	0,000
B2	1	0,7	8	3,3		
C	27	17,9	96	40,2		
D	97	64,2	108	45,2		
E	26	17,2	27	11,3		
Escolaridade						
Analfabeto/ primário incompleto	31	20,5	41	17,1	23,897	0,000
Primário completo/ fundamental incompleto	61	40,4	55	23,0		
Fundamental completo/ ensino médio incompleto	39	25,8	68	28,5		
Ensino médio completo/ superior incompleto	20	13,2	69	28,9		
Superior completo	0	0,0	6	2,5		
Realização de Papanicolaou					2,618	0,106
Sim	133	88,1	222	92,9		
Não	18	11,9	17	7,1		

Na tabela 7 estão apresentadas associações entre as variáveis IMC, tabagismo, uso de anticoncepcionais hormonais e conhecimento das mulheres sobre fatores de risco para CCU. Para estas variáveis não foi observada associação estatística significante.

Tabela 7 - Distribuição do número de mulheres de acordo com fatores de risco relacionados ao Índice de Massa Corporal, tabagismo e uso de anticoncepcional hormonal e o conhecimento dos fatores de risco para câncer de colo uterino. São Gonçalo do Amarante-CE, maio-ago 2007

Variáveis	Conhecimento sobre fatores de risco				χ^2	p
	Não		Sim			
	Nº	%	Nº	%		
IMC (n=378)					3,940	0,268
Baixo peso	9	6,2	7	3,0		
Peso adequado	76	52,4	140	60,1		
Sobrepeso	42	29,0	56	24,0		
Obesidade	18	12,4	30	12,9		
Tabagismo (n=390)					1,282	0,258
Sim	23	15,2	27	11,3		
Não	128	84,8	212	88,7		
Uso de anticoncepcional hormonal (n= 390)					2,168	0,141
Sim	61	40,4	79	33,0		
Não	90	59,6	160	67,0		

Da mesma forma, os fatores de riscos relacionados à saúde sexual e reprodutiva não apresentaram associação estatisticamente relevante quando comparada ao conhecimento de fatores de risco para CCU (tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição do número de mulheres de acordo com fatores de risco relacionados à saúde sexual e reprodutiva e o conhecimento dos fatores de risco para câncer de colo uterino. São Gonçalo do Amarante-CE, maio-ago 2007

Variáveis	Conhecimento sobre fatores de risco				χ^2	p
	Não		Sim			
	Nº	%	Nº	%		
Nº de Gestações (n=390)					1,917	0,384
Nulípara	24	15,9	48	20,1		
1 a 4	97	64,2	154	64,4		
Maior que 4	30	19,1	37	15,5		
Idade na 1ª gravidez (n=317)					0,302	0,860
10 a 14 anos	5	3,9	10	5,3		
15 a 19 anos	73	57,5	107	56,3		
20anos ou mais	49	38,6	73	38,4		
Coitarca (n= 379)					1,228	0,541
10 a 14 anos	26	17,7	36	15,5		
15 a 19 anos	97	66,0	148	63,8		
20anos ou mais	24	16,3	48	20,7		
Nº de parceiros nos últimos 3 meses (n=348)					4,504	0,342
1	135	97,1	192	91,9		
2-3	3	2,2	14	6,7		
4-5	1	0,7	3	1,4		
História de DST (n=390)					4,468	0,035
Sim	9	6,0	30	12,6		
Não	142	94,0	209	87,4		
Uso de condom (n= 385)					4,775	0,311
Sempre	34	22,7	52	22,1		
Nunca	57	38,0	79	33,6		
Às vezes	52	34,7	80	34,1		
Não se aplica	7	4,6	24	10,2		

Quanto ao fator de risco conhecido, as mulheres mencionaram mais aqueles relacionados ao comportamento sexual, como pluralidade de parceiros (n=128), higiene íntima inadequada (n=118), desuso de condom (n=93) e infecções genitais de repetição (n=88). Todos os fatores de risco foram mencionados, destacando-se, ainda, o hábito de fumar (n=72) e a não realização do exame de Papanicolaou como alguns dos mais conhecidos (n=65) (gráfico 7).

Duas mulheres afirmaram o etilismo como fator de risco para o CCU. Contudo, a associação entre esse hábito e o CCU ainda não está esclarecido. O INCA afirma que o etanol, substância presente nas bebidas alcoólicas, é um agente agressor que tem sido a causa de

alguns tipos de câncer (BRASIL, 2006d). Porém estudo mostrou que, apesar das alterações do colo uterino serem mais freqüentes em mulheres que ingeriram maiores concentrações de bebidas alcoólicas, não houve associação significativa entre as duas variáveis (BEZERRA, 2007).

Ressalta-se que somente 42 (17,57%) das mulheres que referiram conhecer os fatores de risco mencionaram o HPV como fator de risco para o CCU. No mínimo, isso é preocupante, já que a infecção pelo vírus é o principal fator de risco para o CCU.

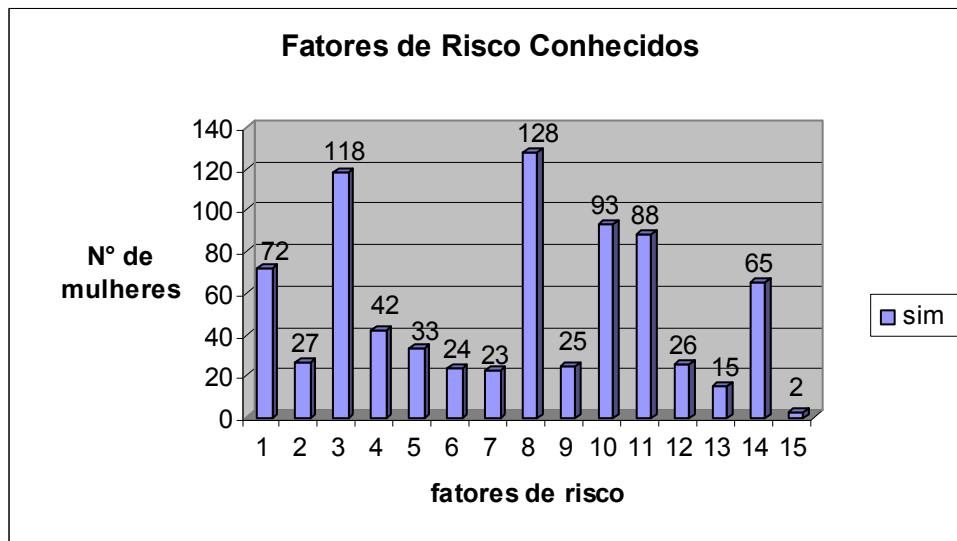


Gráfico 7 - Distribuição do número de mulheres segundo os fatores de risco conhecidos. São Gonçalo do Amarante-CE, maio-ago 2007

1. fumar; 2. comer alimentos ricos em gordura animal ou deficiência nutricional; 3. não realizar higiene íntima adequada; 4. infecção pelo HPV; 5. infecção pelo HIV e/ou imunossupressão; 6. início precoce de atividade sexual; 7. gravidez na adolescência; 8. pluralidade de parceiros ou parceiro com múltiplas parceiras; 9. multiparidade; 10. desuso de condom; 11. infecções genitais de repetição; 12. uso prolongado de contraceptivos orais; 13. baixas condições sócio-econômicas; 14. Não realizar o Papanicolaou; 15. outros.

Quando questionadas sobre a fonte onde receberam a informação, a enfermeira foi a mais citada (n= 150), seguida da mídia (n= 103) e do médico (n= 68).

Portella (2005) afirma ser o enfermeiro o principal responsável pela atenção à saúde da mulher e, em particular, dos cuidados primários de saúde voltados para o CCU, o que justificaria ser esse profissional a principal fonte de informação das mulheres em estudo.

Por outro lado, o Ministério da Saúde enfatiza que o enfermeiro é um dos agentes de educação para a saúde, objetivando integração em favor da promoção da saúde do paciente (BRASIL, 2002a).

As mulheres informaram, ainda, que obtiveram essas informações principalmente através da consulta (n=124) e de palestras ou atividades coletivas (n=105). Verifica-se que, as atividades educativas realizadas pelas ESF vêm ocupando seu espaço na atenção do PSF, atendendo ao apelo de as ações coletivas suplantarem as ações individuais.

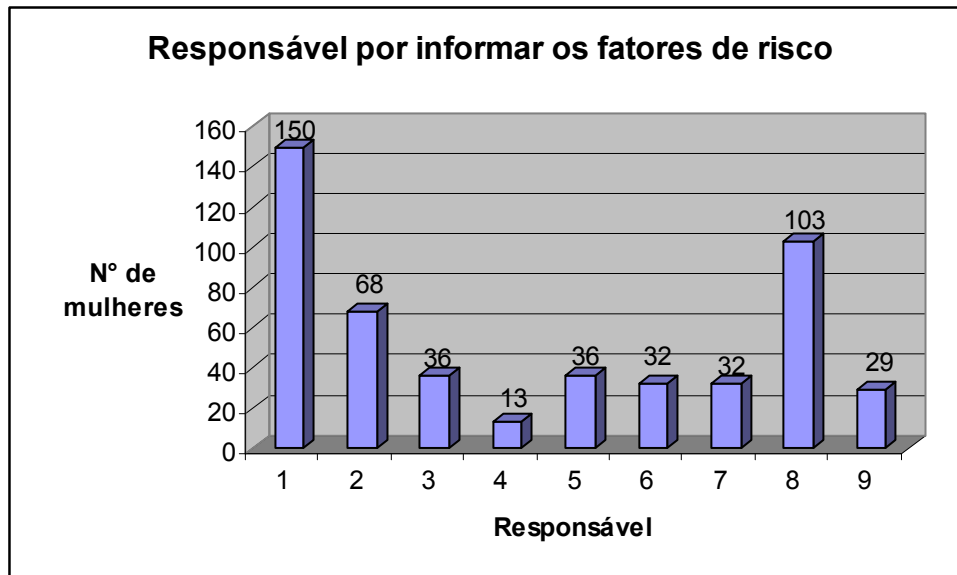


Gráfico 8 - Distribuição do número de mulheres segundo fontes de informações sobre fatores de risco. São Gonçalo do Amarante-CE, maio-ago 2007

1. enfermeiro; 2. médico; 3. Agente Comunitário de Saúde; 4. Auxiliar de enfermagem; 5. professores; 6. amigos; 7. familiares; 8. mídia; 9. outros.

Em relação às mudanças ocasionadas pelo conhecimento dos fatores de risco, 34 (14,22%) das mulheres afirmaram conhecer algum fator de risco, porém não identificaram mudanças. As demais afirmaram mudanças principalmente relacionadas ao exame de Papanicolaou (frequência - n=153 e tratamento - n= 65) e ao comportamento sexual seguro (monogamia - n=63 e uso de condom - n= 55) (gráfico 9).

Segundo Oliveira (2005b) muitos indivíduos não adotam os comportamentos preventivos que são orientados pelos profissionais, mesmo quando estão bem informados. Afirma que modos de vida são produtos de uma ação recíproca de fatores socioculturais e individuais.

Portanto, mesmo que as clientes estejam esclarecidas quanto aos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de CCU, algumas mudanças independem de seus anseios, já que circunstâncias ambientais e normas sociais têm impacto nas escolhas cotidianas destas.

Talvez essa seja a explicação para as mudanças mais citadas estarem relacionadas ao exame preventivo e ao comportamento sexual seguro, levando-se em consideração que esses

hábitos saudáveis não requerem das mulheres custos financeiros (o PSF disponibiliza gratuitamente o exame, as medicações e os preservativos).

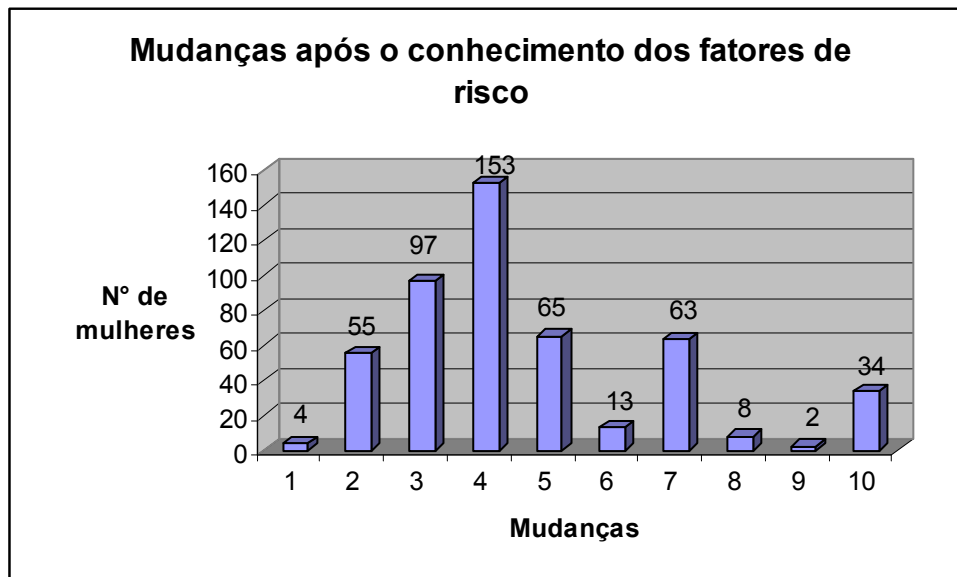


Gráfico 9 - Distribuição do número de mulheres segundo adoção de hábitos saudáveis após conhecimento dos fatores de risco. São Gonçalo do Amarante-CE, maio-ago 2007

1. parou de fumar ou está diminuindo o número de cigarros/dia; 2. uso de condom pelo parceiro; 3. realiza higiene íntima adequadamente; 4. realiza exame de prevenção anualmente; 5. realização do tratamento prescrito; 6. aumentou a ingestão de frutas, verduras e cereais; 7. monogamia; 8. prática de exercício físico; 9. outros; 10. nenhuma.

Ressalta-se, contudo, que a educação em saúde ainda é hoje uma excelente ferramenta para promover a saúde. Isso é comprovado pela associação estatisticamente significativa entre as variáveis promoção de informações sobre CCU e conhecimento dos fatores de risco pelas mulheres (tabela 9). Pode-se inferir, assim, que nas unidades em que a enfermeira realiza atividades coletivas sobre o controle do CCU, as mulheres apresentam maior conhecimento sobre o CCU e, portanto, maior oportunidade de escolhas saudáveis.

Tabela 9 - Distribuição do número de mulheres de acordo com as variáveis promoção de informação sobre CCU e conhecimento de fatores de risco. São Gonçalo do Amarante-CE, maio-ago 2007

Variável	Conhecimento sobre fatores de risco				χ^2	p
	Não		Sim			
	Nº	%	Nº	%		
Promoção de informações sobre CCU (n=390)					11,856	0,001
Sim	100	66,2	195	81,6		
Não	51	33,8	44	18,4		

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades de promoção da saúde relacionadas com o controle do CCU desenvolvidas pelas enfermeiras do PSF do município estudado, mostraram-se de maneira mais ostensiva nos campos das estratégias de promoção de ambientes favoráveis à saúde, do desenvolvimento de habilidades pessoais e das políticas públicas saudáveis. O envolvimento da comunidade e demais setores da sociedade nas discussões e enfrentamento dos problemas de saúde foi o campo de maior escassez, ficando, pois, a sugestão de ser fortalecido.

As ações de promoção de ambientes favoráveis à saúde foram realizadas principalmente através de atividades educativas com grupos de crianças acompanhadas na puericultura, grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de idosos e grupos de gestantes. As palestras em sala de espera, as orientações individualizadas por ocasião dos atendimentos de enfermagem, a utilização da rádio local, a realização de passeatas, mutirões e celebração de datas comemorativas, também foram citadas como meios de transmitir as informações pertinentes à adoção de hábitos saudáveis e promover conforto, auto-estima e desenvolvimento econômico e mental das clientes. A participação multiprofissional nas ações promotoras de saúde é uma prática, bem como a criatividade e diversidade de técnicas no desenvolvimento das mesmas, aspectos louváveis e dignos de serem repetidos ou imitados por outros municípios ou equipes de PSF.

Dentre as ações de promoção do desenvolvimento de habilidades pessoais, as atividades educativas na escola foram as mais citadas. Para tanto, as ESF planejam atividades mensais a serem realizadas com os grupos supracitados, utilizando uma metodologia participativa, com discussão em grupo, dinâmicas e teatro de bonecos.

As ESF, em especial as enfermeiras, tiveram desempenho satisfatório no cumprimento das ações preconizadas pela política pública nacional no controle do CCU. Todavia, verificou-se deficiência na cobertura da população pelo exame de Papanicolaou, avaliado conforme uma meta a ser alcançada de 90%. Nesse contexto, ressalta-se que a referida meta de 90% preconizada no instrumento de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) do Ministério da Saúde e, portanto, utilizado no presente estudo, está superestimada. Portaria atual (Portaria GM 399) estabelece como meta a cobertura de 80%.

Como mencionado anteriormente, a participação comunitária e a intersetorialidade ainda são deficientes no município em estudo. Apesar de algumas enfermeiras referirem a

participação de representantes comunitários e de outros setores em reuniões ou nas pré-conferências municipais, as respostas não foram consideradas como positivas, visto o instrumento de coleta de dados e o conceito atual de participação comunitária terem como meta uma participação sistemática e contínua com frequência mensal e/ou trimestral.

Após a coleta de dados, constatou-se que o instrumento utilizado na mesma não contemplou todas as ações promotoras de saúde desenvolvidas pelas enfermeiras, deixando de abranger aspectos ou atividades significativas como à realização de eventos que promovam a expansão das capacidades pessoais e autoconfiança, Ex. bazar, mutirões, passeatas, celebração de datas comemorativas, dentre outros. Portanto, longe de esgotar a temática, sugere-se que futuros estudos ampliem o olhar do instrumento da AMQ.

Quanto à presença de fatores de risco para CCU na população feminina em estudo, verificou-se maior vulnerabilidade desta aos fatores econômico, sócio-culturais e relacionados à saúde sexual e reprodutiva, ou seja, início precoce da atividade sexual, gravidez na adolescência, história de DST e desuso de condom.

Esse dado alerta os gestores e profissionais da área da saúde a se envolverem, numa cumplicidade mútua, para desenvolver ações de controle do CCU, visto os fatores de risco não dependerem somente de mudanças comportamentais por parte das mulheres, mas também de intervenções do Estado e do Município, voltadas sobremaneira para os fatores de risco que fogem ao controle das mulheres, como aqueles relacionados aos níveis sócio-econômicos e de escolaridade.

A maioria das mulheres conhecia os fatores de risco para CCU, principalmente aqueles relacionados ao comportamento sexual (pluralidade de parceiros, higiene íntima inadequada, desuso de condom e infecções genitais de repetição), o que contribuiu para mudanças no estilo de vida após o conhecimento dos mesmos.

Constatou-se, através de associação estatisticamente significativa, que as atividades educativas relacionadas ao CCU têm alcançado o objetivo de capacitar as usuárias quanto aos fatores protetores e de risco para essa neoplasia, bem como os meios para preveni-la. Contudo, percebe-se ainda a presença de fatores de risco, como o desuso de condom, mesmo após o conhecimento da associação deste fator com o CCU. Portanto, verifica-se a necessidade de realizar estudos futuros referentes às técnicas de educação em saúde que além de fornecerem informações, conduzam os indivíduos a adotarem hábitos de vida saudáveis.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, A. A.; LYRA, R.; CALADO, A. A.; ANTUNES, M. A.; FALCÃO, E. Prevalência de coilocitose em biópsias penianas de parceiros de mulheres com lesões genitais induzidas pelo HPV. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 26, n. 7, p. 557-561, 2004.
- ARENDS, M. J.; BUCKLEY, C. H.; WELLS, M. Aetiology, pathogenesis, and pathology of cervical neoplasia. **J. Clin. Pathol.**, v. 51, n. 2, p. 96-103, 1998.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de classificação econômica Brasil**. 2003. Disponível em: <<http://www.abep.org>>. Acesso em: 15 fev. 2007.
- AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília, 2004. p. 197-224.
- AVOUB, A. C.; FONTES, A. L. C.; SILVA, M. A. A.; ALVES N. R. C.; GIGLIOTTE, P.; SILVA, Y. B. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000. cap. 14.
- BARROS, A. L. B. L. [et al]. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F.; VARELA, Z. M. V. (Org.). **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha. 2003.
- BEZERRA, S. J. S. **Fatores de risco para o câncer de colo uterino em portadoras de lesões cervicais por HPV**. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programa de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis RJ. Vozes, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p.21.082.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Doenças sexualmente transmissíveis: manual de bolso**. 1. ed. Brasília, 2000. 89 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/popdescr.htm>>. Acesso em: 1 abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/BOLSA/CNV/notas_bfa.html>. Acesso em: 7 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e vigilância. **Nomeclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006b. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino - serviço. 2. ed. Rio de Janeiro, 2002b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap3.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Folheto sobre Câncer de colo uterino**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=326>. Acesso em: 10 ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa viva mulher. **O programa nacional de controle do câncer do colo do útero**. 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher.html>. Acesso em: 1 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e recomendações do INCA. Prevenção e Controle de Câncer. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n.3, p. 317-332, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parâmetros para programação das ações assistenciais**. Brasília, 2005c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/consultapublica/index.php?modulo=display&sub=dsp_texto_integral&documento=958>. Acesso em: 2 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer de colo de útero: normas e recomendações do INCA. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n.1, p. 13-15, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004a. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à da mulher**: plano de ação 2004-2007. Brasília, 2004b. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: documento para discussão. Brasília, 2002a. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2439/05. Política Nacional de Atenção Oncológica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 dez. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399/06. Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006: consolidação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 fev. 2006c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 18 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero. **Perguntas e respostas sobre a segunda fase de intensificação do Viva Mulher**. 2004a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/faq.html>. Acesso em: 5 jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jarcata, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília, 2001. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Vigilância Alimentar e Nutricional**: perguntas e respostas. Brasília, 2003. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/perguntas_respostas_van.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006d. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2008**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNESCO; Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ); Faculdade de Medicina do ACB (FMABC). **Saúde e desenvolvimento**: interconexões, re-orientação dos serviços de saúde e desenvolvimento regional. Projeto de Pesquisa. 2006e. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliacao_saude_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2007.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres de colo do útero e da mama**. Brasília, 2006a. 132 p.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Comprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2002c. 56 p.

BRENNNA, S.M.F.; HARDY, E.; ZEFERINO, L.C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, jul./ago. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2001000400024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2001000400024

CAMPOS, G.W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARRET, M. L. V.; [FASSA, A. G.](#); [SILVEIRA, D. S.](#) da; [BERTOLDI, A. D.](#); [HALLAL, P. C.](#) Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p.76-84, 2004.

CASTELLSAGUÉ, X. Environmental co-factors in HPV carcinogenesis. In: INTERNACIONAL PAPILOMAVIRUS CONFERENCE, 19., 2001, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: [s.n.], 2001.

CASTLE, P. E.; WACHOLDER, S.; LORINCZ, A. T.; SCOTT, D. R.; SHERMAN, M. E.; GLASS, A. G.; RUSH, B. B.; SCHUSSLER, J. E.; SCHIFFMAN, M. A prospective study of high-grade cervical neoplasia risk among human papillomavirus-infected women. **J. Natl. Cancer Inst.**, v. 94, n. 18, p. 1406-1414, Sept. 2002. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 21 fev. 2007.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Metodologia de melhoria da qualidade da atenção à saúde: instrumento de melhoria do desempenho**. 2. ed. Fortaleza, 2005.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial)**. Fortaleza, 2002.

COELHO, R. A.; FACUNDO, M. K. F.; NOGUEIRA, A. L.; SAKANO, C. R. S. B.; RIBALTA, J. C. L.; BARACAT, E. C. Relação entre diagnóstico citopatológico de neoplasia intra-epitelial cervical e índices de células CD4+ e de carga viral em pacientes HIV-soropositivas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01002032004000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out 2008. doi: 10.1590/S0100-72032004000200003

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Porto Alegre, 1991. 38 p. (Publicações Técnicas, 3). Disponível em: <<http://www.rebidia.org.br/noticias/saude/cnsmssus.html>>. Acesso em: 10 ago. 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ (COREN). Decisão nº 05/99, de 29 de julho de 1999.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

CZERESNIA, D. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 176 p.

DIAZ, M.; DÍAZ, J. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudanças. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999.

EDUARDO, K. G. T. **Avaliação da atuação da enfermeira na prevenção do câncer de colo uterino segundo o PROQUALI**. Monografia (Graduação)-Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

EDUARDO, K. G. T.; AMÉRICO, C. F.; FERREIRA, E. R. M.; PINHEIRO, A. K. B.; XIMENES, L. B. Preparação da mulher para a realização do exame de Papanicolaou na perspectiva da qualidade. **Rev. Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 44-48, jan./mar. 2007.

FAGERSTRÖM, K. O.; SCHNEIDER, N. G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. **J. Behav. Med.**, v. 12, n. 2, p. 159-182, Apr. 1989.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cévico-uterino e de mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 48, n. 2, p. 223-230, 2002.

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. p. 151- 164.

FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W.; PASSOS, E. P. **Rotinas em ginecologia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FURTADO, J. P. Avaliação para o conhecimento e transformação. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J.(Org) **Avaliação qualitativa de programa de saúde-enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006.

GAERTNER, E. **Prevenção da gravidez indesejada**. Disponível em: <http://www.erastogaertner.com.br/cancer/educacional_gravidez.html>. Acesso em: 7 jan. 2007.

GARCIA-NÚÑEZ, J. **Avaliação em planejamento familiar**: um guia para administradores e avaliadores. Salvador: Pathfinder Internacional, 1993. 242p.

GIR, E. Expressão epidemiológica de outras doenças sexualmente transmissíveis entre portadores de Aids. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 93-99, 1994.

GOMES, R. S. R.; NÓBREGA-TERRIEN, S. M. Programa de saúde da família e a incidência do câncer do colo de útero: prevenção e práticas de saúde. In: ALMEIDA, M. I.; NÓBREGA-TERRIEN, S. M (Org.). **Temas em saúde da família: práticas e pesquisas**. Fortaleza: EdUECE, 2005.

GUANILO, M. C. T. U.; MOURA, R. F.; CONCEIÇÃO, C. A.; NICHATA, L. Y. I. Papilomavírus humano e neoplasia cervical: a produção científica dos países da América Latina e Caribe nos últimos 11 anos. **DST- J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 18, n.1, p. 58-61, 2006.

- GUEDES, T.G.; PORDEUS, A. M. J.; DIÓGENES, M. A. R. Análise epidemiológica do câncer de colo de útero em serviço de atendimento terciário no Ceará-Brasil. **RBPS**, v. 18, n. 4, p. 205-210, 2005.
- GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. M.; AZEVEDO, G.; Mendonça, S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.51, n. 3, p. 227-234, 2005.
- HALTY, L. S.; HÜTTNER, M. D.; NETTO, I. C. O.; SANTOS, V. A.; MARTINS, G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. **J. Pneumol.**, v. 28, n.4, p. 180-186, jul./ago. 2002.
- HILDESHEIM, A. HPV co-factors related to the development of cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica. **Br. J. Cancer**, v. 84, p. 1219–1226, 2001.
- INOSOJA, R. M. Acolhimento. In: FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Curso de Extensão Universitária: Fortaleza humaniza SUS**. Fortaleza, 2005. (caderno de textos 1).
- LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde, ou, a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. 523 p.
- LIMA, C. A.; PALMEIRA, J. A. V.; CIPOLOTTI, R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 7 jan. 2007.
- LIRA, G. V. **Avaliação da ação educativa em saúde na perspectiva compreensiva: o caso da hanseníase**. 2003. 260 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado Acadêmico em Educação em Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2003
- MADELEINE, M.; SCHWARTZ, S.; DALING, J. Risk factors for cervical cancer in young women by histologic type. **Am. J. Epidemiol.**, v.143, n. 11, supl., p. S84, 1996.
- MURTA, E. F. C.; FRANCA, H. G.; CARNEIRO, M. C.; CAETANO, M. S. S. G.; ADAD, S. J.; SOUZA, M. A. H. Câncer do Colo Uterino: Correlação com o Início da atividade Sexual e Paridade. **RBGO**, v. 21, n. 9, p. 555-559, 1999.
- NOGUEIRA, R. A.; MOURA, E. R. F. Atuação de enfermeiras nas ações de prevenção do câncer cérvico uterino. **Ânima: Faculdade Integrada do Ceará**, n. 6, p. 37-43, jul./dez. 2004.
- OLIVEIRA, D. L. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v.13, n. 3. p. 423-431, maio/jun. 2005b.
- OLIVEIRA, F. Saúde integral para as mulheres: ontem, hoje e perspectivas. **J. Rede Feminista de Saúde**, n. 27, p. 6-9, set. 2005a.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Municípios e comunidades saudáveis: guia dos prefeitos para promover qualidade de vida**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Mun_SAUD.pdf>. Acesso em: 28 out. 2007.

_____. **Temas em Saúde Coletiva** Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=27&area=Conceito>>. Acesso em: 28 out. 2007.

OSIS, M. J. M. D. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: História de uma intervenção.** Dissertação (Mestrado) - Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PAUL, S. **Community participation in development projects: The World Bank Experience.** Washington: [s.n.], 1987. (World Bank Discussion Paper, 6).

PAULILO, M. A. S. **Participação comunitária: uma proposta de avaliação.** Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br/c_v1n2_participacao.htm>. Acesso em: 4 set. 2007.

PESSINI, A. S.; SILVEIRA, G. P. G. Câncer genital feminino. In: DUNCAN, B. B. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PINHO, A. de A.; FRANÇA JÚNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 3, n.1, p. 95-112, jan./mar. 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 163-198.

PORTELLA, A. P. O Programa de saúde da família e a saúde da mulher. **J. Rede Feminista de Saúde**, n. 27, p.14-17, set. 2005.

SANTOS, I. E. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica.** 5. ed. Niterói, RJ: Impetus, 2005.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, jan./mar. 1994

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). **Estatísticas de 2007.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siabs>>. Acesso em: 1 abr. 2007.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner: tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOCIEDAD ANDALUZA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. **El riesgo de cáncer no aumenta con la píldora oral anticonceptiva** Disponível em: <http://www.infoforhealth.org/short_url/?5g2p2>. Acesso em: 24 sept. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. **Artigos sobre câncer ginecológico.** Disponível em: <<http://www.sbcancer.org.br/final/artigossetor.asp?idart=3>>. Acesso em: 25 fev. 2007.

SOUTO, R.; FALHARI, J. P. B.; CRUZ, A. D. O Papilomavírus Humano: um fator relacionado com a formação de neoplasias. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 51, n. 2, p.155-160, 2005.

STEWART, B. W.; KLEIHUES, P. (Ed.). **World cancer report**. Lyon: IARC Press, 2003.

TUBAKI, M. E. **HPV na adolescência**. 2003. Disponível em:<<http://www.institutofleury.org.br>>. Acesso em: 7 jan. 2007.

VIEIRA, E. M. et al . Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 30 nov. 2007.

VILLA, L. L. Human papillomaviruses and cervical cancer. **Adv. Cancer Res.**, v. 71, p. 321-324, 1997.

WINKELSTEIN, W. Smoking and cervical cancer—current status: a review. **Am. J. Epidemiol.**, v.131, n. 6, p. 945-957, 1990.

ZEFERINO, L.; GALVÃO, L. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: Por que não acontece no Brasil? In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

Apêndices

APÊNDICE A – Questionário sobre perfil profissional das enfermeiras

Aspectos pessoais e profissionais dos enfermeiros

1. Idade: ____ anos completos
2. Ano em que se graduou: _____ Universidade: _____
3. Atua em PSF desde o ano de: _____
4. Realiza atendimento em prevenção do câncer de colo de útero há: _____ anos
5. Média de atendimentos que realiza no mês: _____
6. Possui pós-graduação: () Sim () Não
 Caso a resposta da questão anterior seja positiva, marque o nível da pós-graduação:
 () Especialização. Caso sim, especifique: _____
 () Mestrado. Caso sim, especifique: _____
 () Doutorado. Caso sim, especifique: _____
7. Recebeu capacitação para realizar atendimento em prevenção do câncer de colo uterino:
 () Sim () Não. Caso tenha recebido, especifique: _____
 Ano: _____
 Instituição promotora: () MS () SESA () CERES () SSM ()
 Outros: _____

APÊNDICE B - Formulário de coleta de dados junto às enfermeiras

Atividades de Promoção da Saúde desenvolvidas pelo enfermeiro no Controle do Câncer de Colo Uterino

1. Desenvolve estratégias para estímulo à alimentação saudável, respeitando a cultura local? ()Sim ()Não

Se sim, especifique: _____

Conhece hábitos, cultura e alimentos mais utilizados pela população local e promove a integração de suas orientações técnicas a estes aspectos na realização de atividades de educação em saúde (grupos operativos, palestras e oficinas) de incentivo a alimentação saudável.

2. Desenvolve ações de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população? ()Sim ()Não

Especifique: _____

3. Realiza ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis, respeitando a cultura e as particularidades locais, com frequência mínima trimestral? () Sim () Não

Se sim, especifique: _____

Desenvolve ações educativas tais como palestras e grupos operativos, preferencialmente com metodologia participativa, buscando ampliar o conhecimento sobre situações de risco sanitário, ambiental e ecológico. Podem ser realizadas em parcerias com ONGs ou outras instituições.

4. Elabora com a população estratégias para o enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local?

()Sim ()Não

Se sim, especifique: _____

Reúne-se com a comunidade, de maneira sistemática, com objetivo de conhecer os problemas sociais e elabora planos, projetos e estratégias concretas para o seu enfrentamento.

5. Reúne-se com a comunidade trimestralmente para debater os problemas locais de saúde, a assistência prestada e os resultados alcançados? ()Sim ()Não

Se sim, especifique: _____

Reúne-se com a comunidade e/ou seus representantes, uma vez a cada trimestre, para debater e avaliar os problemas de saúde, a assistência prestada e os resultados das ações desenvolvidas, documentando-se em ata ou outros instrumentos de registros os aspectos e encaminhamentos relevantes.

6. Existem iniciativas em funcionamento (de maneira contínua nos últimos 24 meses), realizadas em conjunto com a população, com ênfase no desenvolvimento comunitário? ()Sim ()Não

Se sim, especifique: _____

Existem iniciativas com ênfase no desenvolvimento comunitário, em que a ESF participa ou realiza em conjunto com a população e ou movimentos sociais: hortas comunitárias, atividades para geração de renda, alfabetização, dentre outras.

7. Existe participação de representantes de movimentos sociais e usuários no processo de planejamento das ações de controle do câncer de colo uterino? ()Sim ()Não

Se sim, especifique: _____

Os representantes da comunidade e movimentos sociais participam de maneira efetiva do processo de planejamento das ações de controle do câncer de colo uterino, buscando ampliar a compreensão acerca das necessidades de saúde da população e melhorar o intercâmbio. Para respostas afirmativas, considerar presença dos representantes comunitários em reuniões mensais de planejamento nos últimos 12 meses.

8. Planeja, executa e acompanha as ações de controle do câncer de colo uterino em parceria e/ou articulação informal com ONG, associação, conselhos, igrejas e movimentos sociais? () Sim () Não

Se sim, especifique:

Planeja e executa projetos e ações em parcerias com órgãos públicos, organizações e movimentos sociais, contemplando o diagnóstico das necessidades em saúde/ problemas da comunidade e seu enfrentamento.

9. Desenvolve grupos educativos abordando conteúdos sobre prevenção de DST/AIDS? () Sim () Não

Se sim, especifique: _____

Desenvolve grupos educativos com a população da área abordando temas relativos à sexualidade e prevenção de DST/AIDS, no mínimo trimestralmente.

10. Realiza grupos educativos em saúde voltadas ao controle do câncer de colo uterino? () Sim () Não

10.1. Caso sim, essas atividades envolvem:

- () palestras ou atividade similar extra-muro
 () programa de rádio
 () campanhas
 () teatro de rua
 () Sala de espera
 () outras: _____

Caso realize, os conteúdos abordados são:

- () Importância da realização do exame de Papanicolaou.
 () Retorno para receber resultado do exame.
 () uso de preservativos
 () fatores de risco
 () fatores protetores
 () outros: _____

10.2. Há planejamento para realização sistemática das atividades coletivas? () Sim () Não

Caso sim, estas são realizadas: () semanalmente () quinzenalmente

() mensalmente () outros: _____

11. Realiza Consulta de Enfermagem voltada para prevenção do câncer de colo uterino?

() Sim () Não

Caso realize, esta inclui:

- () histórico voltado para fatores de risco
 () Coleta o material citológico para o exame de Papanicolaou
 () Realizar a abordagem sindrômica em DST
 () Orienta a cliente para adoção de medidas saudáveis a saúde e minimização de fatores de risco presentes. Caso sim,

especifique: _____

() Outros _____

12. A cobertura do exame de prevenção do câncer de colo uterino é superior à 90% da população feminina?

() Sim () Não, Caso não, Qual a cobertura? _____

13. Faz busca ativa dos casos de citologia de colo uterino positiva? () Sim () Não

14. Encaminha ou realiza a intervenção indicada? () Sim () Não

APÊNDICE C - Formulário de coleta de dados junto às clientes

Dados pessoais

1. Idade (em anos): _____

2. Condição de união:

- (1) com parceiro eventual
- (2) com parceiro estável
- (3) com parceiro estável e eventual
- (3) sem parceiro

3. Classe econômica: _____

Possui (colocar a quantidade no espaço ao lado):

- 5.1. Televisões em cores: _____
- 5.2. rádio: _____
- 5.3. banheiro: _____
- 5.4. automóvel: _____
- 5.5. empregada mensalista: _____
- 5.6. aspirador de pó
- 5.7. máquina de lavar: _____
- 5.8. Videocassete e/ou DVD: _____
- 5.9. Geladeira: _____
- 5.10. freezer: _____

4. Profissão:

- (1) autônoma
- (2) desempregada
- (3) empregada
- (4) apenas estudante
- (5) do lar
- (6) aposentada
- (99) não informado

5. Escolaridade (em anos de estudo concluídos):

- (0) analfabeto/primário incompleto
- (1) primário completo/fundamental incompleto
- (2) fundamental completo/ensino médio incompleto
- (3) ensino médio completo/ superior incompleto
- (4) Superior completo

6. IMC: Peso _____ Altura: _____

- (1) baixo peso
- (2) peso adequado
- (3) sobrepeso
- (4) obesidade

7. Fumante:

- (1) sim (2) não

7.1. Quanto tempo depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?

- (0) após 60 minutos
- (1) 31-60 minutos
- (2) 6-30 minutos
- (3) nos primeiros 5 minutos

7.4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- (0) 10 ou menos
- (1) 11 a 20
- (2) 21 a 30
- (3) 31 ou mais

7.2. Você encontra dificuldade em evitar o fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?

- (0) não
- (1) sim

7.5. Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?

- (0) não
- (1) sim

7.3. Qual o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?

- (0) Qualquer um
- (1) o primeiro da manhã

7.6. Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia?

- (0) não
- (1) sim

8. História obstétrica: G ___ P ___ A ___

Idade 1ª gravidez: _____

9. Realização do exame de Papanicolaou:

- (1) sim (2) Não

Qual a regularidade:

- (1) semestral
- (2) anual
- (3) trienal
- (4) outros: _____

Tratamento realizado na última prevenção:

- (1) Cremes vaginais ou medicação oral
- (2) cauterização
- (3) cirurgia, Qual ? _____
- (4) radiação
- (5) Quimioterapia
- (6) sem tratamento

10. Idade na 1ª relação sexual (coitarca) :

11. Número de parceiros sexuais nos últimos três meses: _____

12. História pessoal (pregressa ou atual) de Doença sexualmente transmissível?

- (1) Sim, Qual(is)? _____
- (2) não

13. Uso de anticoncepcional hormonal?

- (1) Sim, Qual(is)? _____ Há quanto tempo? _____
- (2) não

14. Uso de preservativo :

- (1) sempre
- (2) nunca
- (3) às vezes

- (98) não se aplica
- (99) não informado

Motivo de não usar preservativo:

- (1) não gostar
- (2) não acredita na eficácia
- (3) não sabe usar
- (4) parceiro não aceita
- (5) não dispunha no momento
- (6) confia no parceiro
- (7) uso de drogas/álcool
- (8) não consegue negociar
- (9) acha que o outro não tem DST ou AIDS
- (10) acha que não vai pegar DST ou AIDS
- (11) negociou não usar preservativo
- (12) não tinha consciência
- (13) não tem condições de comprar
- (14) não dar tempo/tesão
- (15) desejo de ter filho
- (16) tamanho do preservativo inadequado
- (17) disfunção sexual
- (18) estupro/violência
- (19) outros
- (98) não se aplica
- (99) não informado

15. Você conhece os fatores que deixam a mulher com maior risco para desenvolver o câncer de colo uterino?

(1) não **Se a resposta for Não, concluir a entrevista.**

- (2) Sim, Qual(is)? () fumar
- () comer alimentos ricos em gordura animal ou deficiência nutricional
- () não realizar higiene íntima adequada
- () infecção pelo HPV
- () infecção pelo HIV e/ou imunossupressão
- () início precoce de atividade sexual
- () gravidez na adolescência
- () pluralidade de parceiros ou parceiro com múltiplas parceiras
- () multiparidade
- () desuso de condom
- () infecções genitais de repetição
- () uso prolongado de contraceptivos orais
- () baixas condições sócioeconômicas
- () outros: _____

15.1. De quem obteve essas informações?

- (1) enfermeiro
- (2) médico
- (3) Agente Comunitária de Saúde
- (4) Auxiliar de Enfermagem
- (5) Professores
- (6) amigos
- (7) Familiares
- (8) mídia
- (9) outros: _____

15.2. Como obteve (considerar somente as ações desenvolvidas pela equipe de PSF)?

- (1) consulta
- (2) Campanha
- (3) rádio
- (4) Palestra/ atividade coletiva
- (5) outros _____

15.3. O que mudou após conhecer esses fatores de risco?

- (1) parou de fumar ou está diminuindo o número de cigarros/dia
- (2) passou a utilizar condom
- (3) realiza higiene íntima adequadamente
- (4) realiza exame de prevenção do câncer de colo uterino anualmente
- (5) seguiu tratamento prescrito
- (6) aumentou a ingesta de frutas, verduras e cereais nas refeições diárias
- (7) mantém relações sexuais com um único parceiro
- (8) realiza exercício físico regularmente
- (9) outros: _____
- (10) nenhum

APÊNDICE D – Distribuição amostral das clientes segundo a população atendida pelas Equipe de Saúde da Família. São Gonçalo do Amarante –Ce. 2007

Equipe de PSF	População de 10 a 59 anos	Valor da amostra
Sede I	1870	25
Sede II	4020	52
Sede III	3219	41
Taíba	2010	27
Pecém I	2035	27
Pecém II	2409	35
Pecém III	2181	30
Croatá II	1159	17
Croatá III	1717	25
Várzea	2495	35
Cágado	3383	43
Siupé	2837	33
TOTAL		390

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao enfermeiro

Eu, Kylvia Gardênia Torres Eduardo, mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo um estudo sobre as ações de promoção da saúde no controle do câncer de colo uterino, sob orientação da Prof. Dr^a. Escolástica Rejane Ferreira Moura. Este estudo tem como objetivos: avaliar atividades de promoção da saúde desenvolvidas por enfermeiras de equipes de PSF na prevenção do câncer de colo uterino e identificar os fatores de risco para o desenvolvimento dessa neoplasia na população em estudo. Para tanto, convido você para fazer parte desta iniciativa, contribuindo com informações que me serão passadas através de relatórios da Equipe de Saúde da Família, questionário, registros fotográficos, entrevista e observação de um dia de atendimento de coleta citológica.

Gostaríamos de informar, ainda, que:

- Você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para retirar eventuais dúvidas;
- Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência;
- As informações e dados coletados serão divulgados, porém sua identidade (seu nome) será mantida no anonimato (no sigilo), bem como qualquer informação que possa identificá-la;

Para qualquer outro esclarecimento, estarei disponível pelo telefone: 88076426 ou 99348327. O telefone do Comitê de Ética também poderá ser utilizado para esclarecimentos (3366.8338)

Agradecemos sua colaboração, e apresentamos nossos sinceros agradecimentos.

Pesquisadora

✂-----

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do sujeito da pesquisa

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Kylvia Gardênia Torres Eduardo, mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, estou desenvolvendo um estudo sobre as ações de promoção da saúde no controle do câncer de colo uterino, sob orientação da Prof. Dr^a. Escolástica Rejane Ferreira Moura. Este estudo tem como objetivos: avaliar atividades de promoção da saúde desenvolvidas por enfermeiras de Equipes de Saúde da Família na prevenção do câncer de colo uterino e identificar os fatores de risco para o desenvolvimento dessa doença na população de mulheres atendidas na unidade de saúde. Para tanto, convidamos você a fazer parte da pesquisa, contribuindo com informações que me serão passadas por entrevista.

Gostaríamos de informar, ainda, que:

- Você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para retirar eventuais dúvidas;
- Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto lhe traga prejuízo moral, físico ou social;
- As informações e dados coletados serão divulgados, porém sua identidade (seu nome) será mantida no anonimato (no sigilo), bem como qualquer informação que possa identificá-la;

Para quaisquer esclarecimentos estaremos disponíveis nos telefones abaixo:

- Prof^a. Escolástica - 3238.0604;
- Kylvia – 88076426/ 99348327.
- Você também pode ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa – 3366.8338

Agradecemos sua colaboração, e apresentamos nossos sinceros agradecimentos.

Pesquisadora

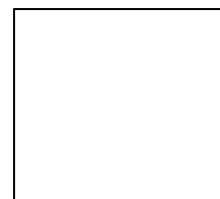
✂-----

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do sujeito da pesquisa



Assinatura dos pais ou responsável se pertinente

Digitais caso não assine

Anexos

ANEXO A – Critério de Classificação Econômica Brasil



Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de Itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

ANEXO B - Questionário de Tolerância de Fagerström

Fumante? Sim Não

1- Quanto tempo, depois de acordar, você fuma o seu primeiro cigarro?

0 Após 60 minutos

1 31-60 minutos

2 6-30 minutos

3 Nos primeiros 5 minutos

2- Você encontra dificuldades em evitar o fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo, igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?

0 Não

1 Sim

3- Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?

0 Qualquer um

1 O primeiro da manhã

4- Quantos cigarros você fuma por dia?

0 10 ou menos

1 11 a 20

2 21 a 30

3 31 ou mais

5- Você fuma mais freqüentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?

0 Não

1 Sim

6- Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia?

0 Não

1 Sim

Pontuação

1 Leve **0 a 4**

2 Médio **5 a 7**

3 Alto **8 a 10**

ANEXO C – Comitê de ética

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 329/07

Fortaleza, 27 de abril de 2007

Protocolo COMEPE nº 82/ 07

Pesquisador responsável: Kylvia Gardênicia Torres Eduardo

Deptº./Serviço: Prefeitura Municipal de São Gonçalo do Amarante

Título do Projeto: "Avaliação das ações de promoção da saúde voltadas ao controle do câncer de colo uterino"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 12 de abril de 2007.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório parcial e final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dr. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFCE