



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CAMPUS SOBRAL  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**VANESSA MESQUITA RAMOS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS  
MULHERES PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO  
COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM SOBRAL-  
CE.**

**SOBRAL - CE  
2014**

**VANESSA MESQUITA RAMOS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS MULHERES PARA  
PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA A SAÚDE EM SOBRAL-CE.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará - UFC - Campus Sobral/CE, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque.

**SOBRAL-CE  
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca do Curso de Medicina

- 
- R147a Ramos, Vanessa Mesquita.  
Avaliação da qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do câncer de colo de útero na atenção primária a saúde em Sobral-Ce / Vanessa Mesquita Ramos. – 2014.  
121 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Curso de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde da família, Sobral, 2014.  
Área de Concentração: Saúde da família.  
Orientação: Profa. Dra. Isabelle Mont'alverne Napoleão Albuquerque.
1. Neoplasia do colo do útero. 2. Atenção primária à saúde. 3. Avaliação em saúde I. Título.

---

CDD 616.99466

**VANESSA MESQUITA RAMOS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS MULHERES PARA  
PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA A SAÚDE EM SOBRAL-CE.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará - UFC - Campus Sobral/CE, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 18 /06 /2014

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque  
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas  
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA  
Examinador

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Raimunda Magalhães da Silva  
Universidade de Fortaleza - UNIFOR  
Examinador Externo

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos  
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA  
Membro Suplente

Dedico carinhosamente esta  
dissertação aos meus familiares e  
amigos que estiveram comigo  
durante toda a caminhada.

## AGRADECIMENTOS

Tenho muito a agradecer por esta conquista. Em primeiro lugar louvo e agradeço a Deus pela graça da paciência e perseverança nos momentos difíceis.

Ao meu marido pela força, companhia, estímulo e ajuda e à minha filhinha pela paciência (mesmo sem compreender ainda) de esperar a mamãe terminar de estudar!

À minha mãe sempre incentivadora e otimista que nunca permitiu que eu deixasse a peteca cair.

Ao meu pai que mesmo distante sempre torceu muito pelo meu sucesso.

Às minhas irmãs que sempre estão na primeira fila gritando para que eu alcance meus objetivos.

À todos os demais familiares pelo carinho e incentivo de todos os momentos.

À minha orientadora sempre tão presente e disposta a ajudar em todos os momentos sou grata pela confiança!

Aos colegas mestrandos da III turma do MASF e bolsistas de iniciação científica do grupo de pesquisa pela ajuda imensurável.

Aos professores do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (UFC) pelo conhecimento tão generosamente distribuído.

Aos profissionais e usuárias da atenção primária que contribuíram com sua participação nesta pesquisa .

À Secretaria de Saúde de Sobral pelo apoio e liberação em prol desta qualificação.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo financiamento do projeto de pesquisa que resultou nesta dissertação.

“O segredo do sucesso é a  
constância do propósito.”

- Benjamin Disraeli -

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Análise da Estrutura, Categorias e Sínteses.....	38
<b>Gráfico 1</b> - Itens referentes à planta física das unidades (sede) Sobral-CE, 2014.....	39
<b>Gráfico 2</b> - Itens referentes aos recursos materiais das unidades (sede) Sobral-CE, 2014.....	43
<b>Gráfico 3</b> - Itens referentes aos recursos humanos (coleta exames) das unidades (sede) Sobral-CE, 2014.....	45
<b>Gráfico 4</b> - Itens referentes aos recursos humanos (consultas ginecológicas) das unidades (sede) Sobral-CE, 2014.....	47
<b>Figura 2</b> - Análise do Processo, Categorias e Sínteses.....	49
<b>Figura 3</b> - Atribuições dos níveis de atenção.....	64
<b>Figura 4</b> - Análise do Resultado, Categorias e Sínteses.....	82

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Dados referentes às enfermeiras da atenção primária a saúde (sede), Sobral-CE, 2014 .....	51
<b>Tabela 2</b> - Dados referentes aos médicos da atenção primária a saúde (sede), Sobral-CE, 2014.....	52
<b>Tabela 3</b> - Dados referentes à satisfação dos profissionais quanto à estrutura física das unidades básicas de saúde (sede), Sobral-CE, 2014 .....	53
<b>Tabela 4</b> - Existência de mecanismos de controle para a identificação e busca ativa das mulheres com este exame em atraso, Sobral-CE, 2014.....	60
<b>Tabela 5</b> - Dados referentes à interação entre os níveis de atenção à saúde, Sobral-CE, 2014.....	67
<b>Tabela 6</b> - Dados referentes à realização de curso ou capacitação sobre colo do útero, Sobral-CE, 2014.....	73

## **LISTA DE SIGLAS**

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde

**CAF** - Central de Abastecimento Farmacêutico

**COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem

**DATASUS** - Sistema de Armazenamento de Dados do SUS

**DST** - Doenças Sexualmente Transmissíveis

**ESF** - Estratégia Saúde da Família

**FUNCAP** - Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico

**FUNCEME** - Fundação Cearense de Meteorologia e Recursos Hídricos

**HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana

**HPV** - Papiloma Vírus Humano

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**INCA** - Instituto Nacional do Câncer

**MS** - Ministério da Saúde

**NASF** - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

**OPAS** - Organização Pan Americana de Saúde

**PAISM** - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PNAISM** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

**PNI** - Programa Nacional de Imunização

**PSF** - Programa Saúde da Família

**RMSF** - Residência Multiprofissional em Saúde da Família

**SIAB** - Sistema de Informação de Atenção Básica

**SIM** - Sistema de Mortalidade

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**UVA** - Universidade Estadual Vale do Acaraú

## RESUMO

Apesar de esforços contínuos que vem sendo aplicados na prevenção e no controle do câncer do colo do útero nas últimas décadas, este permanece um importante desafio para a saúde no nosso país. Isto porque, requer ações de variados graus de complexidade e de recursos humanos de diversas áreas de conhecimento. A Atenção Primária à Saúde desempenha importante papel nas várias dimensões do cuidado para o câncer do colo do útero, pois possui um papel estratégico para desenvolver ações de planejamento, implementação e acompanhamento relacionadas à prevenção, detecção, tratamento e reabilitação das mulheres com câncer cervical. Esta pesquisa tem o objetivo principal de avaliar a qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do Câncer de Colo do Útero na Atenção Primária à Saúde em Sobral-CE. Trata-se de um estudo do tipo avaliativo com abordagem quantitativa sob o enfoque de Donabedian no qual foram avaliados estrutura, processo e resultados em 15 unidades básicas de saúde na sede do município. Participaram da pesquisa 15 gerentes (estrutura), 14 médicos e 15 enfermeiras (processo) e 58 usuárias (resultado). Os dados quantitativos foram processados no programa Microsoft Office Excel 2007 e os qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo do tipo análise temática proposta por Minayo. Esta pesquisa respeitou os princípios bioéticos descritos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa sob protocolo de número 245.512. Na investigação sobre a estrutura identificamos que a disponibilidade de recursos físicos e materiais é adequado para a maioria das unidades, que a coleta do exame citopatológico é, em sua maioria, realizado pelas enfermeiras e as consultas ginecológicas realizadas tanto por médicos quanto por enfermeiros. A análise do processo revelou que as unidades não dispõem de mecanismos de registro para identificação e busca ativa das mulheres com exame em atraso, a captação destas é dependente da procura pelo serviço de saúde, as condutas e encaminhamentos dependem diretamente da alteração encontrada, existe uma boa interação ente os níveis de atenção, porém com déficits na comunicação, falta de momentos de capacitação profissional em serviço, assim como, fatores facilitadores como o livre acesso e a oferta semanal com dias fixos e restritivos como acomodação profissional, falta das mulheres ao exame e demora nos resultados. No terceiro e último elemento, o resultado, encontramos como principal motivador para a procura pelo atendimento a necessidade de conhecimento sobre seu estado de saúde atribuindo ao exame a importância de prevenir doenças, referências sobre a facilidade no agendamento e atendimento nas unidades e satisfação das usuárias em relação ao acesso, gratuidade, rapidez e qualidade do serviço oferecido. Concluímos que, de forma geral, a estrutura identificada mostrou-se adequada para a maioria das unidades investigadas, o processo de trabalho dos profissionais diretamente envolvidos revelou-se frágil frente às atividades desenvolvidas e o resultado expôs a opinião e a satisfação das usuárias decorrentes das ações oferecidas. O contato com todos estes dados permitiu a avaliação dos fatores envolvidos na prestação do cuidado que poderão subsidiar a análise e planejamento das ações voltadas para a saúde da mulher e o amadurecimento dos serviços do SUS no nosso país.

**Palavras-chave:** Neoplasias do Colo do Útero. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde.

## ABSTRACT

Despite ongoing efforts that are being applied in the prevention and control of cervical cancer over the past decades, it remains a major challenge for health in our country. This is because actions require varying degrees of complexity and human resources from different areas of knowledge. The primary health care plays an important role in the various dimensions of care for cancer of the cervix, it has a strategic role to develop actions in planning, implementation and related to the prevention, detection, treatment and rehabilitation of women with cervical cancer monitoring. This research has the main objective to assess the quality of care provided to women for prevention and control of Cervical Cancer in Primary Health Care in Sobral-CE. This is an assessment study with quantitative-qualitative approach from the standpoint of Donabedian that assessed the structure, process and outcomes in 15 basic health units in the town. 15 managers participated in the survey (structure), 14 doctors and 15 nurses (case) and 58 users (result). The quantitative data were processed in Microsoft Office Excel 2007 and underwent qualitative content analysis of the type proposed by Minayo thematic analysis. This study followed the bioethical principles outlined in Resolution No. 466/12 of the National Board of Health and was approved by the Research Ethics Committee under protocol number 245 512. Research into the structure identified that the availability of physical and material resources is suitable for most units, the collection of Pap smear testing is mostly performed by nurses and gynecological consultations by doctors and by nurses. The process analysis revealed that the units do not have mechanisms for identification and registration of active search of women with late examination, the capture of these is dependent on demand for health services, pipes and referrals depend directly on changes found, there is a good interaction entity levels of care, but with deficits in communication, lack of time for professional in-service training as well as facilitating factors such as free access and weekly offering with fixed and restrictive days as a professional accommodation, lack of women to take and delay in results. In the third and final element, the result, we found the main motivator for seeking care by the need for knowledge about their health status examination attributing to the importance of preventing disease, results for the ease in scheduling and attendance units and satisfaction of users regarding access, gratuity, speed and quality of service offered. We conclude that, in general, the identified structure was adequate for most units investigated, the process of working professionals directly involved proved fragile in the face of activities carried out and the result exposed the opinion and satisfaction of users resulting from shares offered. Contact with all these data allowed the evaluation of the factors involved in the provision of care that can support the analysis and planning of actions for women's health and the ripening of NHS services in our country.

**Key-words:** Uterine Cervical Neoplasms. Primary Health Care. Health Evaluation.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1 Câncer do Colo Uterino.....	18
3.2 Atenção Primária e o Câncer do Colo Uterino.....	22
3.3 Avaliação em Saúde.....	26
3.3.1 Referencial Teórico – Avedis Donabedian.....	29
4 METODOLOGIA.....	31
4.1 Tipo de estudo/abordagem.....	31
4.2 Cenário do estudo.....	32
4.3 Período da Coleta de Dados.....	32
4.4 Participantes da Pesquisa.....	33
4.5 Métodos e Procedimentos para a Coleta de Informações.....	33
4.6 Apresentação e Análise das Informações.....	34
4.7 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa.....	36
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	38
5.1 Estrutura.....	38
5.2 Processo.....	48
5.3 Resultado.....	81
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
7 REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICES.....	114
APÊNDICE 1.....	115
APÊNDICE 2.....	116
APÊNDICE 3.....	117
APÊNDICE 4.....	118
APÊNDICE 5.....	120
APÊNDICE 6.....	121

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo estudo envolvendo a temática do câncer do colo do útero surgiu a partir de experiências profissionais desenvolvidas na atenção primária, secundária e terciária à saúde no município de Sobral nas quais tive oportunidade de atuar. A primeira delas se desenvolveu em uma unidade terciária, uma maternidade, que eventualmente atendia em seu serviço de urgência e emergência casos de sangramentos transvaginais decorrentes de câncer ginecológico. Com isso, vimos casos avançados da doença que eram identificados, pela primeira vez, a partir de uma unidade de assistência hospitalar. Estes casos caracterizavam, em grande parte, a não realização de exames preventivos por parte destas mulheres, levando então, a um questionamento sobre porque isso ainda ocorre visto que o exame preventivo para este tipo de câncer é oferecido pela rede pública de saúde de forma descentralizada.

Outra experiência profissional que nos aproximou da temática foi oriunda da assistência em uma unidade secundária que funcionava como única referência para o encaminhamento e avaliação dos casos com resultado de exame de prevenção do câncer ginecológico alterado na rede pública da região norte do Estado do Ceará. Este estabelecimento (Centro de Especialidades Médicas Dr. Aristides Andrade), localizado em Sobral, possui um laboratório citopatológico que é responsável pela análise das lâminas de todos os exames preventivos realizados nas unidades básicas de saúde deste município, assim como, um ambulatório de referência para o encaminhamento dos casos com necessidade de atendimento secundário.

Por fim destacamos nossa atual experiência na Estratégia Saúde da Família o que ampliou nossa visão sobre a atenção à saúde da mulher em Sobral e contribuiu para a formulação deste projeto com vistas a identificar a qualidade da assistência prestada na atenção primária e contribuir com o processo de planejamento e implementação das ações de prevenção e controle do câncer de colo do útero em Sobral, Ceará.

O câncer de colo de útero representa um sério problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, devido aos altos índices de casos novos por ano e da mortalidade dele decorrente. As estimativas do Instituto Nacional do Câncer (2011b), válidas para os anos de 2012 e 2013, apontaram para a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer. Excetuando-se o câncer de pele do tipo não melanoma (71.490), os dois tipos mais incidentes no sexo feminino são os cânceres de mama (52.680) e do colo do útero (17.540).

A incidência de câncer no Brasil e no mundo vem crescendo nas últimas décadas e

tenderá a aumentar com o envelhecimento populacional (PARADA et al, 2008). Apesar de esforços contínuos que vem sendo aplicado na prevenção e no controle do câncer do colo do útero nas últimas décadas, este permanece um importante desafio para a saúde no nosso país. Isto porque, requer ações de variados graus de complexidade e de recursos humanos de diversas áreas de conhecimento.

As taxas de incidência estimada e de mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados (INCA, 2011c). Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos (INCA, 2009).

Segundo Ferlay et al (2010 apud OLIVEIRA, 2011), a incidência de câncer cervical no mundo é de 15,8/100.000. Na África, o câncer cervical corresponde a 21,3% das neoplasias malignas em mulheres em contraste com a Europa, onde esse valor é de 3,6%. No Brasil, 15,3% das mulheres com câncer, apresentam a doença no colo do útero.

Com exceção dos tumores de pele do tipo não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (24/100 mil). Segundo mais incidente nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil), terceira na região Sudeste (15/100 mil) e quarta mais incidente na região Sul (14/100 mil) (INCA, 2011b).

No Nordeste, o Ceará ocupa a terceira posição em maior incidência deste tipo de câncer segundo a estimativa do INCA para o ano de 2012 com valores de 850 novos casos, ficando atrás apenas da Bahia com 1.030 e de Pernambuco com 970 casos novos de câncer do colo do útero (INCA, 2011b).

Em 2010, cerca de 36,8% das mortes por câncer do colo do útero ocorreu na região Sudeste que ocupou a primeira posição na porcentagem de óbitos por esta doença no Brasil. O Nordeste, ocupou a segunda posição (29,8%) e o Sul, a terceira (13,6%). Tanto no Norte quanto no Centro-Oeste o câncer do colo do útero foi responsável por 11,5% e 8,3% dos óbitos, percentual correspondente à quinta e à sexta posição respectivamente (BRASIL, 2012).

No Ceará, tanto no Estado quanto na capital Fortaleza, as taxas de incidência do câncer de colo do útero vêm se apresentando mais elevadas. Em 2005, a estimativa era de 770 casos novos, com taxa bruta de incidência de 18,70 por 100.000, enquanto em Fortaleza eram esperados 260 casos novos e taxa bruta de incidência de 20,64 por 100.000 (DUAVY et al, 2007). Já as estimativas para 2012 e 2013 para o Ceará apontaram para a ocorrência de 850 novos casos, com taxa bruta de incidência de 18,89 por 100.000 e para Fortaleza 270 casos

novos, configurando uma taxa bruta de incidência de 19,83.

O controle do câncer de colo do útero foi considerado como uma prioridade pelo Pacto Pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em fevereiro de 2006, onde apresenta um conjunto de instrumentos que vão desde a repolitização do debate do Sistema Único de Saúde (SUS) até a qualificação do controle social, permitindo o seu acompanhamento através de metas e responsabilidades claras. No entanto, cabe aos sujeitos sociais, que têm compromisso com o direito humano à saúde, o indiscutível papel de transformar essa possibilidade em realidade (SCHNEIDER et al, 2009).

Uma das prioridades deste Pacto considerada pelo município de Sobral é o controle do câncer de colo do útero e mama. O indicador relacionado ao câncer de mama vem alcançando as metas estipuladas para os anos de 2010 e 2011 no município. A “razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária” possuía como meta para 2010 uma razão de 0,03 e para 2011 de 0,04 e os valores alcançados foram de 0,21 e 0,17 respectivamente (SOBRAL, 2012).

Porém, esta superação das metas estipuladas não foi verificada com os indicadores relacionados ao câncer de colo do útero. A “razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo”, em 2010, foi igual a sua meta correspondendo a 0,24. Verifica-se para este ano que a meta foi alcançada, porém sem atingir o nível de superação verificado para o câncer de mama no mesmo ano. Já no ano de 2011 a meta para este indicador foi de 0,27, entretanto, os valores encontrados mostraram que esta razão foi de apenas 0,14, não alcançando assim a meta estipulada (SOBRAL, 2012).

No tocante ao indicador “percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero” as metas não vêm sendo alcançadas nestes últimos dois anos. Tanto para 2010 quanto para 2011 as metas foram de cobertura de 100% dos casos. Porém, foram identificados para 2010 um percentual de 96,77% e para 2011 um valor ainda menor, de 82,86% (SOBRAL, 2012).

A incidência do câncer do colo do útero manifesta-se a partir da faixa etária de 20 a 29 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos. Uma provável explicação para as altas taxas de incidência em países em desenvolvimento seria a inexistência ou a pouca eficiência dos programas de rastreamento (INCA, 2011b).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, com uma cobertura da população-alvo em torno de 80 a 100% pelo exame de Papanicolau e uma rede organizada para diagnóstico e seguimento adequados, é possível reduzir em média 60 a 90% da incidência de câncer

invasivo de cérvix na população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolau), que deve ser oferecido prioritariamente às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. A priorização desta faixa etária como a população-alvo do Programa justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer. A rotina recomendada para o rastreamento é a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano (INCA, 2011c).

Em relação aos cânceres, a atenção primária à saúde tem responsabilidade quanto a ações de promoção, prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos, ou seja, em todos os níveis de prevenção da história natural da doença (PARADA et al, 2008).

Oliveira et al (2010), colocam que é desejável que as equipes da Estratégia Saúde da Família atentem para o desenvolvimento de ações voltadas à prevenção e ao controle do câncer de colo de útero, como a valorização dos fatores de risco, do exame preventivo, dos sinais e sintomas, da necessidade da realização da busca ativa e dos encaminhamentos necessários, e, além disso, assegurem o acompanhamento e o seguimento das mulheres que apresentem alterações nos exames. Isso nos faz pensar se seria possível para estas equipes realizarem estas atividades em Sobral? Os serviços oferecem as condições necessárias para a efetivação destas práticas? Isso já vem acontecendo no município? Se não, o que falta para se concretizar?

É conhecido que a Atenção Primária à Saúde desempenha importante papel nas várias dimensões do cuidado para o câncer do colo do útero, pois possui um papel estratégico para desenvolver ações de planejamento, implementação e acompanhamento relacionadas à prevenção, detecção, tratamento e reabilitação das mulheres com câncer cervical.

Para tal, Parada et al (2008) destacam a permanente necessidade de qualificação tanto dos serviços quanto dos profissionais para que se possa garantir a reflexão sobre as práticas e a identificação de falhas e limites a serem corrigidos no processo. O elevado impacto econômico do câncer de colo uterino para a sociedade favorece a implantação de medidas preventivas do ponto de vista de custo-efetividade (FONSECA et al, 2010).

É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por esse câncer pode ser alcançada através do rastreamento com o teste de Papanicolau e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma in situ. Para tanto, é necessário

garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes (INCA, 2009).

As chances de cura quando o câncer cervical é identificado e tratado precocemente são bastante elevadas. Porém para que haja uma estratégia eficaz, onde sua eficiência seja identificada através da redução numérica de casos novos por ano no município, há de se compreender como estão organizadas as unidades básicas de saúde e quais são as medidas adotadas para a garantia da qualidade do serviço prestado.

Para que haja uma assistência qualificada é preciso uma rede de saúde organizada, integrada e acessível a população feminina. Assim, avaliar a qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do Câncer de Colo do Útero na Atenção Primária se torna premente para que possamos delinear as características locais e visualizar possibilidades de aprimoramento do planejamento e da atenção à saúde das mulheres.

Os dados referentes, principalmente, ao biênio 2010-2011 em relação ao controle do câncer de colo do útero em nosso município vem sendo, desde então, motivo de preocupação permanente. Assim como Pinho, Jodas e Scochi (2012), acredita-se que estudos de natureza avaliativa realizado junto à Programas, como o de prevenção e controle do câncer de colo do útero, desenvolvidos na atenção básica podem alertar profissionais, gestores e população de que o óbito de uma mulher por este agravo é evitável e repercute na taxa do município. Isto pode contribuir para repensarem suas práticas profissionais, seu compromisso com os serviços de saúde e, conseqüentemente, a construção de um sistema de saúde melhor.

Frente ao exposto, nossa questão de pesquisa remete a necessidade de investigar como a estrutura das unidades básicas de saúde, os processos de trabalho e os resultados obtidos junto à população alvo refletem na qualidade da assistência prestada pela atenção primária na prevenção e controle do câncer do colo do útero. Assim, identificou-se a necessidade de realizar um estudo avaliativo baseado no referencial teórico proposto por Donabedian (1992) para verificar como se encontra a qualidade da estrutura, do processo e dos resultados desta assistência, onde destinaremos um tópico da revisão sobre o referencial citado.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do Câncer de Colo do Útero na Atenção Primária à Saúde em Sobral-CE.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Verificar a estrutura disponível para a realização das atividades de prevenção e controle do câncer de colo do útero nas unidades básicas de saúde;
- Identificar a partir do processo de trabalho dos profissionais quais os fatores facilitadores e restritivos para a melhoria da assistência as mulheres nas unidades básicas de saúde;
- Analisar os resultados da assistência prestada junto às mulheres assistidas nas unidades básicas de saúde como forma de identificar as principais necessidades relacionadas ao controle do câncer de colo uterino.

## 3 REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1 Câncer do Colo Uterino

Seguindo tendência mundial, o Brasil tem produzido importantes mudanças no perfil das enfermidades que acometem a população, observando-se, a partir dos anos 1960, que as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias. Essas últimas, conhecidas como doenças crônico-degenerativas, vêm apresentando uma progressiva ascensão da incidência e da mortalidade configurando um processo de transição epidemiológica, caracterizada principalmente pelo envelhecimento da população, intenso processo de urbanização e ações de promoção e recuperação da saúde (INCA, 2011b).

Nos países em desenvolvimento como o Brasil o câncer de colo uterino ainda configura um grave problema de saúde pública devido, principalmente, aos seus elevados índices de incidência e mortalidade. Suas consequências comprometem a saúde das mulheres, alterando a qualidade de vida em um estágio da existência em que elas, muitas vezes, estão estruturando sua vida familiar, profissional e social (SOARES *et al.*, 2011).

O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolau) que foi introduzido na década de 50, com as mesmas dificuldades culturais e sociais que em outros países, seja por parte das mulheres, que nem sempre eram cooperativas e recusavam-se a fazer esse tipo de exame, seja pela proibição de seus pais ou maridos, que não aceitavam a ideia de “suas mulheres” exporem seus órgãos genitais, algo que, infelizmente, ainda está presente até os dias atuais (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

Em 1984, foi proposto, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do câncer do colo do útero cuja principal contribuição foi introduzir e estimular a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina da consulta ginecológica. (INCA, 2011a)

Após a criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição de 1988 e sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, o MS assumiu a coordenação da política de saúde no país e o Instituto Nacional do Câncer (INCA) passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional do câncer, elaborando em 1996 um projeto-piloto

chamado “Viva Mulher” que foi expandido para todo o país dois anos depois (INCA, 2011a).

Em 1999, foi instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações (INCA, 2011a). Este sistema é utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame preventivo do colo do útero, referentes ao programa de controle do câncer do colo do útero no Brasil (BRASIL, 2006c).

Em 2004 foi criado pelo Ministério da Saúde a PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher como resposta a necessidade de elaboração de uma política de saúde da mulher que contemple “a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (BRASIL, 2004).

A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006 por meio da inclusão de indicadores e metas a serem atingidos nos estados e municípios visando à melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (INCA, 2011c).

Nosso país ainda mantém uma das mais altas taxas de mortalidade por esse tipo de câncer, apesar de ter sido um dos primeiros a utilizar os métodos para a detecção precoce do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras. Sendo possivelmente a lacuna entre os avanços técnicos e o acesso da população aos mesmos a resposta para manutenção desta situação (ZAPPONI; MELO, 2010).

Este tipo de câncer é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância (INCA 2011c). Configura uma afecção progressiva iniciada com transformações intra-epiteliais que ocorrem lentamente num período que varia de 10 a 20 anos quando pode atingir o estágio invasor da doença, tornando a cura mais difícil, se não impossível (BRASIL, 2006c).

As tendências da incidência e da mortalidade de cânceres individuais são influenciadas principalmente pelo comportamento de seus respectivos fatores de risco (FONSECA; ELUFNETO; WUNSCH FILHO, 2010). Em se tratando do câncer do colo do útero a literatura aponta para fatores como: infecção pelo Papiloma Vírus Humano – HPV, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo, baixa condição sócio-econômica, imunossupressão, uso prolongado de contraceptivos orais e higiene íntima

inadequada (BRASIL, 2006c; CARVALHO, QUEIROZ, 2010; ZAPPONI, MELO, 2010).

Dentre estes fatores de risco o INCA (2011b) aponta como o principal para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau e do câncer do colo do útero a infecção pelo HPV. Contudo, apesar de ser considerada uma condição necessária, apenas a infecção por este vírus não representa uma causa suficiente para o surgimento dessa neoplasia.

O órgão afirma ainda que além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer.

A estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico prioritariamente em mulheres de 25 a 64 anos e o intervalo entre a realização dos exames seja de um ano. Após dois resultados citológicos normais consecutivos, o intervalo passa a ser de três anos. Para tal, faz-se necessário, garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos programas de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes (INCA 2011b).

Casarin e Piccoli (2011) apontam para o fato que a mortalidade por câncer do colo do útero é evitável, uma vez que as ações para seu controle contam com tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões precursoras, permitindo a cura em 100% dos casos diagnosticados na fase inicial.

São bem conhecidas as razões para o insucesso dos programas de rastreamento baseados na colpocitologia oncótica em países menos favorecidos economicamente, aliadas à baixa sensibilidade do método, baixa cobertura populacional, fatores como baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, dificuldades de acesso ao sistema de saúde, experiências negativas durante a assistência, dificuldades operacionais, ausência de controle de rastreamento e seguimento de pacientes (MACEDO; SILVA FILHO; MAGALHÃES, 2011).

A Medicina dispõe de procedimentos que têm se mostrado eficazes para o diagnóstico da neoplasia, em estádios precoces, e de medidas terapêuticas capazes de curar ou melhorar a sobrevida das pacientes. Cuidados adequados para reduzir o sofrimento e ações que possibilitem uma melhor qualidade de vida devem ser disponibilizados à população (BRASIL, 2006c).

Por sua vez, dentre as causas, o diagnóstico tardio pode estar relacionado com a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde, a baixa capacitação de

recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, principalmente em municípios de pequeno e médio porte, a incapacidade do sistema público em absorver a demanda que chega as unidades de saúde, a dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção e de atendimento - promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2006c).

Apesar do conhecimento amplamente divulgado sobre o câncer cérvico uterino e suas medidas de controle, muitas mulheres continuam morrendo em razão da detecção tardia deste tipo de câncer (SOARES; SILVA, 2010).

Segundo Borba et al (2010) a prevenção do câncer de colo uterino no Brasil é feita, na maior parte das regiões, de forma oportunista e não organizada. Enquanto Santos, Macêdo e Leite (2010) inferiram que unidades de saúde da família na Paraíba oferecem o exame preventivo de maneira quantitativa, sem a devida preocupação com relação à qualidade da assistência. Estes achados corroboram com a indicação de Zapponi e Melo (2010) de que a detecção precoce representa um obstáculo a ser superado e que entre os fatores que dificultam essas ações estão a iniquidade do acesso às redes de saúde, condicionado pelas condições socioeconômicas heterogêneas e a qualidade do serviço prestado.

Sabendo que o rastreamento precoce é o método mais importante para o controle do carcinoma cervical, Gonçalves et al (2011) apontam que se torna mandatório estender este benefício a todas as mulheres, mas principalmente às mais vulneráveis, por meio de políticas e intervenções específicas que priorizem essa população. Afirmando com isso, que essa medida poderia contribuir para redução da mortalidade por uma doença relativamente frequente e quase sempre evitável.

Neste contexto, foi anunciada em julho de 2013 a inclusão do imunobiológico ao calendário do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, a previsão era de administrar a vacina em pré-adolescentes de 10 e 11 anos, com dose inicial, a segunda um mês depois e terceira seis meses após a inicial. Entretanto, o Ministério da Saúde decidiu adotar o esquema estendido baseado em estudos recentes que comprovam a eficácia desta medida que irá proteger meninas de 9 a 13 anos. Além disso, a estratégia segue recomendação da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e foi discutida com especialistas brasileiros que integram o Comitê Técnico Assessor do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Vale ressaltar que o esquema já é utilizado por países como Canadá, México, Colômbia, Chile e Suíça (<http://portalsaude.saude.gov.br>).

O site acima informa ainda que a vacina estará disponível a partir de 2014 (1ª dose), é a quadrivalente, usada na prevenção contra quatro tipos de HPV (6, 11, 16 e 18). Dois deles (16 e 18) respondem por 70% dos casos de câncer. O imunobiológico para prevenção da doença é seguro e tem eficácia comprovada para proteger mulheres que ainda não tiveram nenhum contato com o vírus.

Assim, Nakagawa, Schirmer e Barbieri (2010), alertam que a vacina atua como um meio de prevenção ao câncer de colo de útero somente para os indivíduos que previamente tiverem acesso a ela, antes do início da vida sexual. Fora deste contexto, o combate ao câncer cervical deve ser feito, ainda, por meio de detecção de lesões precursoras e seu devido tratamento e seguimento clínico.

Além disso, o INCA (2011c) alerta que a adoção das vacinas anti-HPV não substitui o rastreamento pelo exame preventivo, pois as mesmas não oferecem proteção para os casos de câncer de colo do útero causados por outros subtipos virais oncogênicos.

Investir em prevenção e conscientização da população é menos oneroso que o tratamento curativo dos diversos tipos de patologias, reduzindo assim os custos com internações, cirurgias e tratamentos (CASARIN; PICCOLI, 2011). Quando falamos de câncer do colo uterino, investir em prevenção é também diminuir a percentagem de novos casos e garantir melhor qualidade de vida às mulheres acometidas pelo agravo (SOARES et al, 2010).

Neste contexto, a prevenção e o controle do câncer no nível primário precisam adquirir o mesmo foco e a mesma atenção que a área de serviços assistenciais, pois, se o número de casos novos aumentarem de forma rápida, as consequências poderão ser devastadoras nos aspectos, social e econômico. Podendo o câncer se tornar um grande obstáculo para o desenvolvimento socioeconômico de países emergentes como o Brasil (INCA 2011b).

### **3.2 Atenção Primária à Saúde e o Câncer do Colo Uterino**

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos), que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006c).

Pela sua organização, a Atenção Básica se constitui como o primeiro contato do usuário com o Sistema Único de Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2006c).

No Brasil, o enfoque da Atenção Primária à Saúde assume a Saúde da Família como principal estratégia de reorientação do modelo de atenção. Segundo Andrade, Bezerra e Barreto (2005), o norte inspirador da implementação do Programa Saúde da Família, nos mais diversos municípios brasileiros foi a decisão política de se reorganizar a rede de assistência à saúde com uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidasse o processo de descentralização.

Em relação à Atenção Básica, as ações de controle dos cânceres do colo do útero ainda são desafios para se alcançar a efetividade dos princípios do SUS na assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2006c).

O que particulariza o câncer do colo do útero em relação às demais neoplasias é que sua incidência e a mortalidade podem ser controladas por meio de rastreamento e ações educativas, atividades realizadas prioritariamente pela Atenção Básica (MACEDO; SILVA FILHO; MAGALHÃES, 2011). Assim como, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Frente às limitações práticas para a implementação junto à população de estratégias efetivas para a prevenção do câncer do colo do útero, as intervenções passam a serem direcionadas à sua detecção precoce, com a garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamento oportuno (BRASIL, 2006c).

A Organização Mundial de Saúde (2002) ressalta que para um efetivo controle do câncer são necessárias ações para garantir uma atenção integral ao paciente em todos os níveis, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento até os cuidados paliativos. Em relação ao câncer do colo do útero, o tratamento é mais efetivo quando a doença é diagnosticada em fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos, justificando a importância das ações para a detecção precoce (BRASIL, 2006c).

Segundo Malta e Duarte (2007), dados da literatura apontam que o óbito por câncer do colo uterino é classificado como evitável pela prevenção primária em 30%, pela prevenção secundária em 50% e pela prevenção terciária em 20%. Ressaltando que as avaliações das mortes por carcinoma cervical podem ser incluídas nas condições claramente usadas como indicadores da qualidade da assistência.

Com relação às condutas preconizadas para o acompanhamento, tratamento e seguimento das mulheres brasileiras, o documento da Nomenclatura Brasileira orienta que estes devem ser realizados de acordo com o grau de complexidade de cada unidade de saúde, ou seja, em conformidade com o nosso Sistema Único de Saúde (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

Os autores retratam ainda que o primeiro nível, a Atenção Básica, deve ter a responsabilidade de iniciar o processo de assistência, em que a mulher deve ser submetida à citologia de rastreamento e controle citológico. Uma unidade secundária deve ser referência para o serviço de patologia cervical, que tem a função de confirmação diagnóstica, tratamento e acompanhamento das alterações pré-malignas ou malignas. Já nas unidades terciárias devem ocorrer procedimentos de alta complexidade como cirurgias, conizações, histerectomias, ooforectomias, radioterapia e quimioterapia.

A atual proposta para a organização dos serviços de saúde para dar conta da integralidade da atenção são as redes de serviços. Nessas redes, não há hierarquia entre os serviços, onde cada serviço tem seu papel específico não havendo gradação de importância entre eles. Cada serviço tem suas características próprias, sua função bem definida e densidades tecnológicas distintas na rede. Essa organização possibilita a comunicação de forma horizontal e não autoritária (TANAKA, 2011).

Na proposta de construção das redes, o autor acima complementa que cada nó (serviço de saúde) deve ser capaz de ofertar a densidade tecnológica necessária para cumprir suas funções específicas. Para dar conta da complexidade dos problemas de saúde, as redes devem ser múltiplas e incluir diversos tipos de serviços, tanto dentro do setor específico da atenção à saúde quanto em serviços de outros setores.

A perspectiva atual do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (BRASIL, 2011c), no âmbito da detecção precoce, é consolidar o monitoramento das ações nos três níveis de atenção, ampliar a cobertura da população-alvo até o patamar mínimo de 80%, aprimorar a qualidade das ações na atenção básica e na atenção secundária à saúde e assegurar o adequado seguimento da mulher, com o tratamento efetivo das lesões precursoras. No plano da atenção terciária, a perspectiva é dar continuidade às ações de expansão do acesso ao tratamento do câncer com qualidade, conforme os objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica.

O papel estratégico das ações de prevenção primária e detecção precoce ilustra a importância da Atenção Básica à Saúde no controle do câncer no país. Este nível de atenção

atua em várias dimensões da linha de cuidados para o câncer (PARADA *et al.*, 2008).

As ações preventivas de educação em saúde, detecção através da colpocitologia e encaminhamento para tratamento em níveis de maior complexidade são de responsabilidade da Atenção Básica. Mesmo após a cura, esta ainda permanece responsável pelo acompanhamento das usuárias, mantendo as ações de sua competência, e assim prevenindo recidivas (BOTARI, 2007).

Seguindo esta assertiva, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c) reafirma que a equipe da atenção básica não deve se eximir da responsabilidade do acompanhamento da mulher ao longo do tempo, independente do tipo de tratamento e do nível de complexidade do sistema no qual ela esteja sendo atendida.

O êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares: informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada, alcançar a meta de cobertura da população-alvo, garantir acesso a diagnóstico e tratamento, garantir a qualidade das ações, monitorar e gerenciar continuamente as ações (INCA, 2011c).

Para o enfrentamento do câncer, são necessárias ações que incluam: educação em saúde em todos os níveis da sociedade; promoção e prevenção orientadas a indivíduos e grupos; geração de opinião pública; apoio e estímulo à formulação de leis que permitam monitorar a ocorrência de casos (INCA 2011b).

Feliciano, Christen e Velho (2010), recomendam que para o bom desempenho das ações de saúde, reacionadas ao controle e prevenção do câncer do colo do útero na atenção básica que, devem ser dadas condições de acesso e recepção da clientela ao promover um ambiente acolhedor e que forneça privacidade; a oferta de estabelecimentos de saúde e horários flexíveis para a realização do exame, e, principalmente, o respeito às limitações impostas pela individualidade das mulheres. De uma maneira geral, Casarin e Picolli (2011) remetem que o sucesso desses mecanismos está relacionado a fatores como cobertura efetiva da população de risco, qualidade na coleta e interpretação do material, tratamento e acompanhamento adequados.

Zapponi e Melo (2010), corroboram com esta ideia afirmando que disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde influenciam diretamente a sobrevivência dos pacientes, diminuindo-a ou aumentando-a, de acordo com o acesso aos serviços de saúde. Complementam ainda que há a necessidade da estruturação do cuidado, tendo em vista a redução das lacunas relativas à qualidade de assistência e às necessidades entre os diversos grupos de risco.

É necessário que se amplie de forma insistente, por meio de programas de saúde Municipal, o atendimento à saúde preventiva de forma mais simplificada e imediata, permitindo ao usuário o acesso imediato e resolutivo (CANIDO et al, 2007).

É responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizarem ações que visem o controle dos cânceres do colo do útero (BRASIL, 2006c). Portanto, é fundamental que haja mecanismos por meio dos quais mulheres motivadas a cuidar de sua saúde encontrem uma rede de serviços quantitativamente e qualitativamente capaz de suprir essa necessidade em todo o país (CASARIN; PICCOLI, 2011).

### **3.3 Avaliação em Saúde**

No campo da Saúde Pública, a avaliação de serviços é área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade (DESLANDE, 1997).

A sistematização da prática da avaliação é decorrente da proposição de Ralph W. Tyler para a área da educação, nos anos 30, nos Estados Unidos, cujo cerne é a elaboração de procedimentos para a coleta de informações a partir da definição de objetivos. Já o conceito de avaliação de programas públicos surge no cenário mundial logo após a Segunda Grande Guerra, cujo objetivo da avaliação no período, diante da crescente intervenção do Estado no campo dessas políticas era o de acompanhar os investimentos no sentido da otimização da alocação de recursos financeiros; ou melhor, o de avaliar a sua viabilidade econômica em termos de rentabilidade social (SANCHO; DAIN, 2012). Para essa finalidade, foram desenvolvidos inúmeros métodos a fim de possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas (UCHIMURA; BOSI, 2002).

A primeira fase da pesquisa avaliativa, porém, caracterizou-se pela rígida divisão entre profissionais de saúde e avaliadores externos, limitando dessa maneira qualquer forma de interação entre os dois papéis e, por isso, a escassa utilização dos resultados de pesquisas avaliativas no âmbito dos serviços (SERAPIONI, 1999).

A avaliação em saúde no seu processo evolucionário determina o aparecimento de distintos paradigmas, como descrito por Sancho e Dain:

O paradigma pós-positivista tem como fundamento o fato de que o indivíduo não conhece a realidade, logo, a verdade (da avaliação) se assenta no rigor da coleta e na análise dos dados. No paradigma da teoria crítica a verdade se estabelece no fato de que a realidade é influenciada por valores sociais, políticos, econômicos, culturais etc.,

decorrentes da interação entre o pesquisador e o indivíduo/objeto de análise. Já no paradigma construtivista, o princípio básico é a de que as realidades são múltiplas e influenciadas por inúmeros contextos – social, cultural, etc. – e a interação entre o pesquisador e o indivíduo/objeto de análise evidencia uma realidade negociada entre ambos (2012, p.769):

A partir dos anos 80, começa a desenvolver-se um novo setor de estudos e investigação que já não se limita à análise dos custos das atividades no campo da saúde, mas presta muita atenção, também, ao controle de qualidade e à satisfação dos usuários (SERAPIONI, 1999).

A avaliação das ações de saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão. Atualmente, há tendência de se considerar as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde. Diante disso, observa-se a geração de estratégias metodológicas variadas e multidimensionais, sugerindo uma inclinação para a superação dos contornos positivistas que marcam sua história (BOSI; UCHIMURA, 2007).

A avaliação em saúde, nos últimos anos, se configurou como um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde. Não só no sentido de aferir a efetividade de intervenções e o uso eficiente dos recursos disponíveis, bem como satisfazer o conjunto da população usuária do sistema – e não apenas os agentes formuladores de políticas – a partir da decorrente distribuição equitativa dessas intervenções (SANCHO; DAIN, 2012).

Os referidos autores complementam que o campo da avaliação em saúde, até como consequência de suas múltiplas concepções e de seu processo evolutivo, apresenta uma diversidade tanto no que se refere ao enfoque, quanto em relação às abordagens, às dimensões e aos seus atributos ou componentes. Na perspectiva da prática avaliativa apresenta uma diversidade em termos de construção, seja aquela sob distintas bases teóricas ou ainda sob distintos métodos.

Em relação às bases teóricas destaca-se a proposição referida por Hartz (1997, *apud* SANCHO; DAIN, 2012, p. 769):

Na abordagem da avaliação normativa o objetivo é comparar os recursos empregados – medindo a suficiência e a adequação da utilização dos recursos em relação aos resultados – e aferir a relação entre os resultados obtidos e os esperados, através de índices previamente parametrizados. Ou seja, a avaliação normativa é primordialmente uma avaliação administrativa. Na abordagem da pesquisa avaliativa o objetivo é fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos. É julgar a pertinência da

intervenção, se reprodutível ou se factível, e a sua relação com o contexto em que esta se situa. Está fundamentada na pesquisa-ação (método experimental utilizado nos estudo das ciências sociais) e na estatística.

A avaliação, assumida enquanto um sistema de feedback, tem como objetivo fundamental a produção de informações e conhecimentos que, por um lado aprimora as teorias e, por outro, fornece subsídios às intervenções (SANCHO; DAIN, 2012).

A qualidade em sua dimensão objetiva é mensurável, e, portanto, generalizável. O mesmo não ocorre com a dimensão subjetiva. Esta última habita o espaço das vivências, das emoções, do sentimento, os quais não cabem quantificar, uma vez que expressam singularidades (UCHIMURA; BOSI, 2002).

As percepções dos atores sociais sobre a qualidade dos serviços são determinadas por suas experiências inerentes à vivência junto aos programas em questão. Esse entendimento permitiria compreender não apenas o significado da qualidade para os diferentes grupos, mas também as formas pelas quais esta se apresentaria ou não nesses programas (UCHIMURA; BOSI, 2002). Não só para democratizar as avaliações que pretendem influenciar processos de tomada de decisão nos serviços, considerar diversos atores envolvidos amplia o poder de avaliação de desvendar distintos aspectos de uma mesma intervenção e os seus efeitos (SERAPIONE, 1999 *apud* HARTZ e SILVA, 2005).

As práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas (SILVA; FORMIGLI, 1994). Neste contexto a avaliação, como prática que atravessa esse cotidiano, teria a capacidade de gerar aprimoramento profissional e efeitos positivos ao trabalho dos profissionais avaliados (FONSECA *et al*, 2012).

Os estudos que visam avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados em nosso país são escassos (GONÇALVES *et al*, 2011). Na prática cotidiana dos serviços de saúde a avaliação não é feita rotineiramente ou, pelo menos, enfrenta dificuldades metodológicas e operacionais não respondidas completamente no plano da investigação (SILVA; FORMIGLI, 1994). Diante do exposto e do acelerado processo de crescimento da Estratégia de Saúde da Família, emerge a necessidade da implementação de processos avaliativos, em especial sobre a qualidade da atenção no âmbito dessa estratégia (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010).

### 3.3.1 Referencial Teórico de Avaliação – Avedis Donabedian

A importância de definir um referencial teórico para conduzir uma pesquisa de avaliação em saúde, segundo Silva e Formigli (1994), advém do fato deste tipo de avaliação envolver vários enfoques teóricos, tanto no que se refere às possíveis abordagens, quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes.

Avedis Donabedian nasceu em sete de junho de 1919 em Beirute, no Líbano. Após graduar-se como médico na Universidade Americana de Beirute, seus horizontes expandiram-se e o levaram a Harvard, onde obteve o grau de Mestre em Saúde Pública em 1955. Através de um corpo de oito livros e mais de 50 artigos, Donabedian transformou o pensamento sobre os sistemas de saúde, convertendo-os em um campo para a investigação e uma arena excitante para a ação (FRENK, 2000).

Donabedian foi considerado um dos primeiros pesquisadores sobre a temática da avaliação em serviços de saúde. Segundo ele os estudos de qualidade são ordinariamente preocupados com, pelo menos, um de três objetos: o primeiro é referente ao cuidado real fornecido por uma determinada categoria de prestadores de cuidados, o segundo, ao cuidado real recebido por um grupo específico de pessoas e em terceiro, a capacidade de um grupo especificado de provedores para prestar cuidados. (DONABEDIAN, 2005)

Para o referido autor a qualidade deve ser entendida sob três aspectos: a qualidade técnico-científica, a qualidade na interrelação e a centralidade da satisfação dos usuários como um dos elementos mais importantes em seus conceitos. Ele refere ainda inúmeras questões sobre os elementos que a compõem. Entre eles, a eficácia, a eficiência, a efetividade, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade, denominadas por ele como os sete pilares da qualidade. (DEGANI, 2002)

Reis *et al* (1990), cita que Donabedian utilizando as experiências de avaliação desenvolvidas por Flexner e Codman e tendo como referencial a teoria dos sistemas, sistematizou a avaliação qualitativa de atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado. Neste contexto, refere que o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

Com base no enfoque sistêmico e principalmente preocupado em avaliar a qualidade

do cuidado médico, Donabedian sistematizou diversas propostas de abordagem na tríade: estrutura-processo-resultados (HARTZ; SILVA, 2005).

A qualidade é vista por Donabedian como o aspecto central a ser considerado para a avaliação em saúde. Para este autor, a “estrutura” corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o “processo” corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os “resultados” seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio. Também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado. (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Avaliação do processo é o indicador mais direto para análise da qualidade da assistência prestada, enquanto que os resultados são indicadores de qualidade, de forma indireta, dos aspectos relacionados à estrutura e ao processo. (DONABEDIAN, 2003).

O autor também ressalta a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e seus consequentes resultados, na medida em que a própria função de monitoramento é parte da estrutura, além dos diversos outros aspectos organizacionais e daqueles relacionados com os recursos materiais. Por fim conclui que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Donabedian recomendava que a avaliação da qualidade fosse baseada, não só na satisfação dos usuários, mas também na satisfação dos profissionais e em fatores objetivos. (SERAPIONI, 1999). Vieira-da-Silva e Formigas (1994), acrescentam ainda que apesar da limitação relacionada a abrangência desta classificação e a redução que ela opera do real, a tríade proposta por Donabedian, tem utilidade prática na primeira aproximação com o objeto de avaliação (*apud* HARTZ; SILVA, 2005).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo/abordagem**

O estudo foi do tipo avaliativo por ter o propósito de avaliar a qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do Câncer de Colo do Útero na Atenção Primária à Saúde em Sobral-CE.

Pope e Mays (2005) referem que estudos avaliativos estão centrados na atribuição de um valor a uma intervenção ou a uma mudança política e tipicamente envolvem a formação de julgamentos sobre a propriedade da intervenção para os envolvidos (e frequentemente para o sistema de saúde também) e a avaliação de se as respostas e os desfechos da intervenção estão justificados por seus inputs e processos.

Para Minayo (2008) avaliação, como técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. A avaliação deve fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos.

Para o alcance dos objetivos optou-se por uma metodologia apropriada para descobrir como estão sendo desenvolvidas as ações de prevenção e controle do câncer do colo do útero na atenção primária, levando a empregar uma abordagem sob o enfoque que Donabedian (1992) recomenda. Isto requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos dos principais componentes da qualidade: estrutura, processo e resultados. Além disso, requer dados de natureza qualitativa, a fim de compreender as nuances do fenômeno investigado.

Em nossa pesquisa entendemos “estrutura” como as características estáveis da unidade, as condições do espaço físico, os recursos humanos, os instrumentos e equipamentos disponíveis, bem como às condições organizacionais e suas adequações com as normas vigentes; “processo” como o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e clientes e “resultados” como as mudanças relacionadas aos conhecimentos e comportamentos, a satisfação do usuário decorrente das ações oferecidas.

Nessa perspectiva, destaca-se o desafio de buscar uma aproximação do conceito de qualidade em relação à Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando a pluralidade de suas dimensões e os diversos atores envolvidos. Para fins desta proposta, qualidade em saúde foi definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos em frente às

normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais.

#### **4.2 Cenário do estudo**

A pesquisa foi desenvolvida em Sobral, uma cidade localizada na região Norte do estado do Ceará e fica a aproximadamente 230 km da capital Fortaleza. Constitui-se como uma das três Macrorregiões de Saúde do Estado e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2013) detém uma área de 2.122 km<sup>2</sup> e uma população de 188.233 habitantes. Atualmente, possui 28 unidades básicas de saúde, sendo assim distribuídas: 15 estão localizadas na sede do município e 13 unidades ficam situadas nos distritos. A cobertura do Programa Saúde da Família no município é de 94% da população.

A partir de 1997, como forma de promover a organização dos serviços de saúde, foi adotado o Programa Saúde da Família como estratégia estruturante da organização da atenção primária.

Além das unidades básicas de saúde responsáveis pelo início do processo de assistência relacionada à prevenção e ao controle do câncer do colo do útero Sobral possui uma unidade ambulatorial de referência denominada Centro de Especialidades Médicas Dr. Luciano Adeodato. Esta estrutura dispõe de um laboratório para análise das lâminas dos exames citopatológicos colhidos nas unidades básicas e agrupa uma equipe de especialistas responsáveis pelo diagnóstico e tratamento das alterações citopatológicas identificadas. Para o encaminhamento dos casos que necessitam de procedimentos de alta complexidade o município conta com um hospital filantrópico conveniado ao SUS, a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, que possui serviços como cirurgias, radioterapia e quimioterapia,

Nesta pesquisa, objetivando a avaliar a qualidade da assistência na atenção primária, investigamos, por conveniência, as unidades pertencentes à zona urbana compreendendo 15 unidades básicas compostas por 33 equipes de saúde da família.

#### **4.3 Período da Coleta de Dados**

Os dados foram coletados durante os meses de junho a agosto de 2013.

#### **4.4 Participantes da Pesquisa**

Considerando os procedimentos para coleta das informações, os atores sociais da pesquisa foram 15 gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que responderam sobre a estrutura; 15 enfermeiros e 14 médicos de equipe que responderam sobre processo (devido uma das unidades investigadas não ter nenhum médico vinculado na ocasião da pesquisa), e 58 usuárias destes serviços que responderam sobre os resultados.

Os critérios de inclusão foram específicos para cada abordagem. Na investigação sobre estrutura, os participantes foram os profissionais que por ocasião da pesquisa estavam desempenhando as atividades gerenciais da unidade. Sobre o processo, uma equipe de saúde da família de cada unidade foi selecionada, através de um sorteio aleatório, na qual foram identificados e convidados a participar o Enfermeiro e o Médico. Em relação a abordagem sobre os resultados foram selecionadas as usuárias que na ocasião da pesquisa estavam na sala de espera para a realização do exame citopatológico nas unidades básicas de saúde. A delimitação do número de usuárias participantes ocorreu através da saturação teórica que delimitou a interrupção das entrevistas uma vez que as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estavam sendo coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A participação nesta pesquisa esteve vinculada à sua aceitação a partir da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Vale ressaltar que foram elaborados três TCLE, sendo um destinado as gerentes das UBS (APÊNDICE 1), um destinado aos médicos e enfermeiros (APÊNDICE 2) e outro que foi utilizado junto as usuárias dos serviços de saúde (APÊNDICE 3).

#### **4.5 Métodos e Procedimentos para a Coleta de Informações**

A operacionalização dos objetivos propostos ocorreu a partir da utilização de diversas técnicas de coleta de informações, as quais, optamos por descrever da seguinte forma:

*- Para análise da estrutura*

Foi realizada através da utilização de um formulário (APÊNDICE 4) direcionado às gerentes das Unidades Básicas de Saúde, onde foram contemplados questionamentos referentes a estrutura física, recursos humanos e recursos materiais disponíveis para a

assistência de prevenção e controle do câncer do colo do útero. Este instrumento de coleta foi formulado baseado no Caderno de Atenção Básica - Controle dos cânceres do colo do útero e da mama de 2006.

Leopardi (2001) ressalta que o formulário é uma lista informal, catálogo ou inventário, destinado à coleta de dados resultantes quer de observações, quer de interrogações, cujo preenchimento é feito pelo próprio investigador. Dentre as vantagens que o formulário apresenta, podemos destacar a assistência direta do investigador, a possibilidade de comportar perguntas mais complexas, a garantia da uniformidade na interpretação dos dados e dos critérios pelos quais são fornecidos.

*- Análise do processo de trabalho*

O processo de trabalho foi analisado à partir dos discursos de enfermeiras e médicos através da realização de entrevistas (APÊNDICE 5) a fim de identificar fatores facilitadores e restritivos relacionados às ações a cerca da temática.

Gil (1999) destaca que a entrevista possibilita a obtenção de maior número de respostas, oferece flexibilidade muito maior, posto que o entrevistador possa esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista.

*- Avaliação do resultado*

Neste momento foram realizadas entrevistas (APÊNDICE 6) com as usuárias dos serviços de saúde com o intuito de identificar as principais percepções e necessidades relacionadas ao controle do câncer de colo uterino. Em cada unidade de saúde foi solicitada, na ocasião da coleta dos dados, uma sala ou local reservado para a realização das entrevistas com vistas a preservar a privacidade das participantes.

Para o registro dos discursos dos sujeitos da pesquisa utilizamos um gravador de voz que possibilitou a apreensão das falas na íntegra, assim como, sua posterior transcrição e análise.

#### **4.6 Apresentação e Análise das Informações**

As informações colhidas através das entrevistas realizadas com os profissionais (médicos e enfermeiras) e as usuárias foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo, que de acordo com Minayo (2008, p.308):

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma

leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais aprofundado, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articula a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

Entre as diferentes possibilidades de análise de conteúdo, utilizamos a análise temática, por considerarmos a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde.

Realizar a análise temática significa buscar e encontrar a essência do sentido que estão presente em palavras, frases ou resumos (MINAYO, 2008). Segundo a autora, operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Para esse trabalho, os procedimentos realizados em cada etapa encontram-se descritos abaixo:

a) Pré-análise: nessa etapa, foi realizada a leitura atenta de todo material fornecido pelos participantes. Buscamos selecionar informações de interesse direto para a pesquisa com vistas a resultados que explicitassem claramente os objetivos.

b) Exploração do material: foi realizada a classificação das informações, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, e o que possibilitou identificar as categorias temáticas.

c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: com o intuito de analisar os dados colhidos, realizamos referências e interpretações dos objetivos previstos, e relacionamos os dados com outras dimensões teóricas interpretativas.

d) Ao final, apresentamos as categorias temáticas definidas durante a realização das etapas de pré-análise e de exploração de material, obtidas através das entrevistas.

Os dados quantitativos, oriundos da aplicação do formulário a cerca da estrutura das unidades básicas de saúde, foram analisados utilizando-se gráficos e tabelas do programa Microsoft Office Excel 2007.

A análise dos dados qualitativos deu origem à categorias que foram definidas com base nos objetivos do estudo e no roteiro utilizado para conduzir as entrevistas e que são apresentadas no texto com destaque em *negrito e itálico*. As falas dos participantes foram ressaltadas em **negrito** para melhor visualização e compreensão destas.

As unidades básicas estudadas foram identificadas através da numeração de 01 a 15, assim como, os profissionais cuja numeração correspondente à unidade a que estava vinculado foi antecedida pela letra M, no caso dos médicos e pela letra E em se tratando das

enfermeiras (Exemplo: M.03 e E.12). No caso das usuárias, devido à quantidade, foi utilizado o primeiro número para definir a unidade de saúde e o segundo número referente à ordem em que foram entrevistadas (Exemplo: U.01.3, ou seja, a terceira usuária a ser entrevistada na unidade 01). Esta nomenclatura foi utilizada para garantir o anonimato dos participantes, assim como, proporcionar a possibilidade de correlações entre as três vertentes investigadas a partir da identificação clara e objetiva das unidades básicas de saúde investigadas.

#### **4.7 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do trabalho.

Respeitar a autonomia é reconhecer que todo indivíduo tem seu ponto de vista e cabe a ele deliberar e tomar decisões segundo seu próprio plano de vida e ação (Costa; Oselka; Garrafa, 1998). O presente estudo procurou respeitar este referencial possibilitando aos sujeitos o direito de participarem ou não da pesquisa bem como fornecerem suas opiniões sem nenhum tipo de influência.

No respeito ao princípio da não-maleficência, procuramos realizar o preenchimento dos formulários de uma maneira que respeitasse o anonimato dos relatos dos sujeitos da pesquisa. Segundo Costa; Oselka; Garrafa (1998) o princípio da beneficência possui dois fatores que lhes são norteadores: não causar danos aos sujeitos e maximizar o número de possíveis benefícios, sendo, portanto, minimizados os prejuízos. Esse princípio pôde ser alcançado no presente estudo ao ser evidenciada a importância do mesmo e ao garantir que seus resultados serão enviados tanto aos profissionais entrevistados quanto ao conselho gestor de saúde do município. Espera-se que esses resultados impliquem em reflexões que venham garantir melhores práticas no cotidiano do trabalho tanto pela melhoria das condições oferecidas, quanto pela aquisição de novas e melhores atitudes para parte dos profissionais.

De acordo com Lira (2002) a justiça é encontrada no equilíbrio entre a beneficência e a maleficência, isso poderá ser alcançado através da busca por reduzir os riscos, atribuindo um alto grau de beneficência.

Salientamos que este estudo foi apreciado pela Comissão Científica da Secretaria da

Saúde e Ação Social de Sobral-CE e, por conseguinte, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) tendo sido aprovado com protocolo de número 245.512.

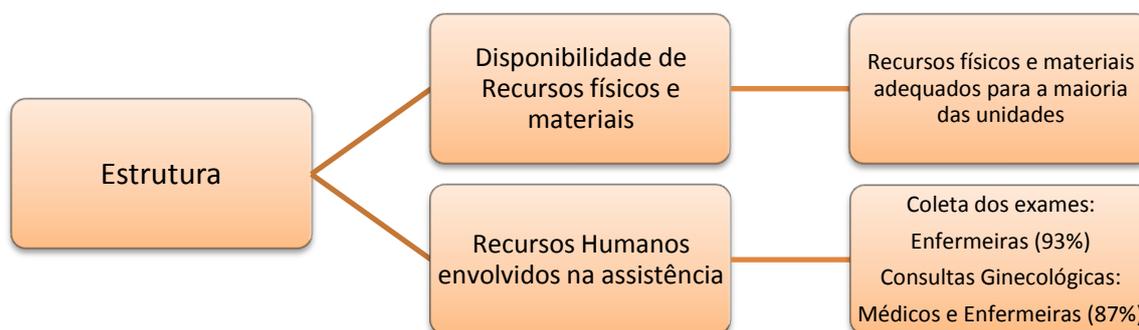
## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentaremos a discussão oriunda da análise da tríade estrutura-processo-resultado. Ao início de cada análise trazemos uma figura demonstrando de forma objetiva as categorias formadas e as sínteses de cada uma delas e em seguida prosseguimos com a discussão destes três grandes temas. No primeiro abordamos as informações a respeito da Estrutura das unidades de saúde da sede do município, em seguida temos a análise do Processo de trabalho dos profissionais médicos e enfermeiros diretamente envolvidos na assistência e por fim as informações sobre os Resultados da assistência prestada segundo as usuárias dos serviços.

### 5.1 Estrutura

A análise dos resultados quanto à estrutura das 15 unidades básicas de saúde da sede do município de Sobral se deu a partir de um roteiro de formulário aplicado às gerentes e elaborado com base no Caderno de Atenção Básica – Controle dos cânceres do colo do útero e da mama do Ministério da Saúde (2006). Permitiu identificar a disponibilidade de recursos físicos, materiais e humanos disponíveis nestas unidades e suas relações com oferta de uma assistência de qualidade e o alcance dos resultados esperados. Esta análise deu origem as categorias demonstradas na Figura 1 com suas respectivas sínteses dos principais achados:

**Figura 1 - Análise da Estrutura, Categorias e Sínteses**

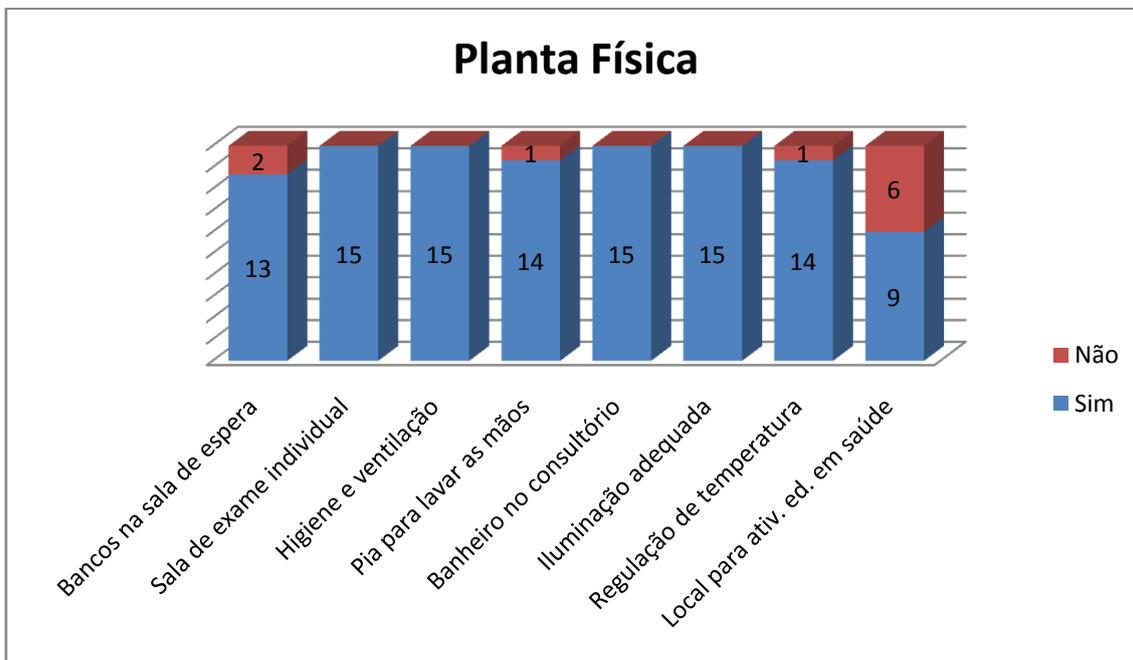


Fonte: Primária

Os resultados referentes à *disponibilidade de recursos físicos e materiais* das unidades de saúde estudadas apontam em sua maioria para a presença dos itens necessários para propiciar uma coleta de exame preventivo e consulta ginecológica de qualidade na atenção

básica. Os itens: sala de exame (consultório) individual; banheiro no consultório; iluminação; higiene e ventilação foram informados como existindo em condições adequadas em todas (100%) as unidades básicas de saúde conforme se verifica no Gráfico 1.

**Gráfico 1 - Itens referentes à planta física das unidades (sede) Sobral-CE, 2014.**



A disponibilidade de estrutura física adequada é fundamental para que os profissionais de saúde possam desenvolver uma assistência de qualidade assim como promover satisfação às usuárias. Sem poder contar com recursos de qualidade e em bom funcionamento fica improvável, ou até impossível, oferecer um atendimento qualificado o que corrobora com a afirmação de Degani (2002), em que a estruturação de um trabalho produtor deve ser constituída por instrumentos ou recursos, físicos e materiais, necessários para promover tanto o diagnóstico quanto a terapêutica.

Trabalhar no sentido de tentar promover ambientes realmente saudáveis não é tarefa fácil. A esta assertiva de Soares, Pinto e Thumé (2011) segue um alerta de que, na atenção básica, há necessidade de proporcionar ambientes coerentes com as necessidades propostas para o desenvolvimento de um trabalho com qualidade, promovendo políticas e atividades, com a participação conjunta de trabalhadores e gestores. Sendo imperativo para tal, que hajam mudanças por parte dos gestores e o empenho dos trabalhadores para lutar por melhores condições de trabalho.

Os valores identificados neste estudo se mostraram mais positivos do que os encontrados em Pelotas, pelos autores citados anteriormente, cujo percentual de iluminação foi considerada adequada apenas para 59% dos trabalhadores, a temperatura do local de trabalho adequada para 35% dos profissionais, as condições de higiene foram consideradas boas por 61% destes.

Mostraram-se mais adequados também em relação ao percentual encontrado no estudo realizado em Goiás onde a instalação física das Unidades de Saúde da Família foi considerada sempre ou quase sempre adequada para o desenvolvimento das ações de saúde por 65,7% dos sujeitos (OLIVEIRA; BEZERRA, 2011).

Em relação à inexistência de alguns dos itens relativos à planta física, temos que as UBS 04 e 09 (13,3%) não apresentavam sala de espera com bancos suficientes para sentar; a UBS 01 (6,6%) não dispunha de pia para lavar as mãos no consultório; a UBS 14 (6,6%) não possuía sistema para regular a temperatura ambiente e as UBS 01, 05, 07, 09, 13 e 15 (40%) não possuíam, na unidade, local disponível para a realização de atividades de educação em saúde (Figura 1).

Estes dados trazem algumas preocupações importantes quanto a estrutura oferecida nas unidades de saúde. Dentre elas vemos a ausência de bancos na sala de espera para a realização do exame de prevenção como forte fator agravante afetando de forma muito significativa a qualidade da assistência. Como imaginar que a mulher que procura a unidade básica para realizar o exame preventivo e que terá que ficar de pé ou mal acomodada esperando a sua vez de entrar no consultório possa achar isso digno? Como acreditar que esta mulher irá voltar outras vezes para repetir o exame no período recomendado? Como esperar que esta prática se dissemine na comunidade de forma a estimular a adesão de outras mulheres?

Sendo a resolução deste problema tão grave uma iniciativa, a princípio, tão simples não se espera que nenhuma justificativa explique tal situação e sim que este problema, uma vez demonstrado, seja de imediato solucionado por parte da gestão, entendendo que esta medida de preservação do bem-estar físico e conforto das usuárias possa ter influência direta e significativa nas metas almejadas pelo município.

Exposto isso, destacamos um estudo anterior a este, realizado no ano de 2008 neste mesmo município onde já havia demonstrado esta falha quando expos que a existência de sala de espera com assentos suficientes para atender à demanda apresentou-se com uma média de 78,6% nas unidades (ALBUQUERQUE *et al*, 2008). Este fato demonstra que pouco foi feito

para a solução deste problema, uma vez, que ele se manteve comprometendo a qualidade dos serviços prestados até a data da coleta dos dados desta pesquisa.

Todavia, tal realidade não é diferente das encontradas em outras UBS pelo Brasil, fato verificado no estudo de Medeiros *et al* (2010), envolvendo satisfação e acolhimento, que mostra a necessidade de uma atenção especial às estruturas físicas e ambiência das unidades, garantindo confortabilidade, condições adequadas de espera e atendimento para os usuários e espaços propícios para encontros e trocas.

Outro fator que chama atenção é a inexistência de pia para lavar as mãos no consultório de uma (6,6%) das unidades pesquisadas. Isso compromete de forma expressiva a higiene e conseqüentemente a qualidade dos exames realizados neste local. A necessidade de higienização das mãos é exigida dos profissionais a cada novo atendimento, sendo muitas vezes necessária sua repetição durante um mesmo procedimento com vistas à prevenção contra iatrogenias.

Não se pode conceber realizar um exame ginecológico adequadamente sem contar com uma pia dentro do consultório para assepsia das mãos. Se o profissional tiver que se ausentar do consultório onde está sendo realizado o exame para promover esta higienização em outro local isso comprometerá de forma expressiva o conforto, a segurança e a privacidade das pacientes. Muitas vezes, a modificação da instalação hidráulica de uma estrutura envolve uma série de alterações internas e que talvez por este motivo ainda se tenha identificado tal falha. Porém a ausência deste recurso, por si só, já seria motivo suficiente para inviabilizar a realização dos exames preventivos nesta unidade, o que acreditamos ser inaceitável por parte da gestão local.

Além do exposto, nesta cidade, que é conhecida no Ceará pelo calor, a temperatura chegou a registrar 40° no mês de agosto de 2012, segundo a FUNCEME (Fundação Cearense de Meteorologia e Recursos Hídricos), devido à baixa incidência de chuva. Este dado torna o fato de uma (6,6%) das unidades não ter sistema de regulação de temperatura algo bastante desfavorável para a manutenção do conforto e satisfação tanto dos profissionais quanto das usuárias. Isso pode se tornar ainda mais agravante caso este consultório tenha que permanecer com alguma abertura para a entrada de ar o que pode eventualmente estar comprometendo também a privacidade necessária à realização de um exame ginecológico.

Ainda em relação à planta física constatamos a falta de local para a realização de atividades de educação em saúde em seis (40%) das unidades pesquisadas o que desarticula um dos pilares da estratégia saúde da família, a educação em saúde, uma vez que dificulta ou

até inviabiliza a realização de ações visando a divulgação de temas importantes para a prevenção e promoção da saúde. Sem área específica para fins de educação em saúde os profissionais destas unidades ficam com suas ações limitadas aos ambientes externos à unidade o que prejudica uma melhor aproximação das usuárias com o centro de saúde e enfraquece a possibilidade de estreitamento da relação unidade-profissional-usuário.

Em estudo desenvolvido por Silveira, Santos e Costa (2001) em Pelotas encontrou-se que a planta física foi a área com pior resultado atingindo somente 38% do padrão estabelecido. Assim como, a maioria das unidades foi classificada como precária, sendo a planta física a área mais deficitária, sugerindo que foram idealizadas sem um planejamento de construção adequado aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Neste ínterim, o município pesquisado ainda possui unidades básicas de saúde que funcionam sem sede própria, através de estruturas improvisadas em casas alugadas que ficam a desejar na planta física, uma vez que não foram construídas segundo as normas vigentes do Ministério da Saúde. Realidade esta, também compartilhada por município localizado no Sul do país onde a unidade de saúde da família estava instalada em casa alugada, mista de madeira e tijolo, com dezesseis cômodos, que devido há alguns problemas nas instalações não se adequava quanto à estrutura física (COIMBRA *et al*, 2010).

Medeiros *et al* (2010) apontaram em seu estudo, que os serviços públicos da rede básica de saúde investigados apresentaram-se com infra-estruturas precárias, colocando em risco todo o processo de trabalho e desestimulando não somente os usuários, mas também os profissionais que neles atuam. Já Silva *et al* (2013) relataram que as necessidades de melhoras na estrutura, estão entre as dificuldades que levam a impossibilidade de um bom atendimento na Estratégia de Saúde da Família.

Assim, enalteçemos que os investimentos em infra-estrutura são urgentes e precisam financiar a reforma e a construção de unidades básicas de saúde na concepção da Estratégia Saúde da Família e dos requisitos legais de conforto e segurança ambientais (FACCHINI, 2006).

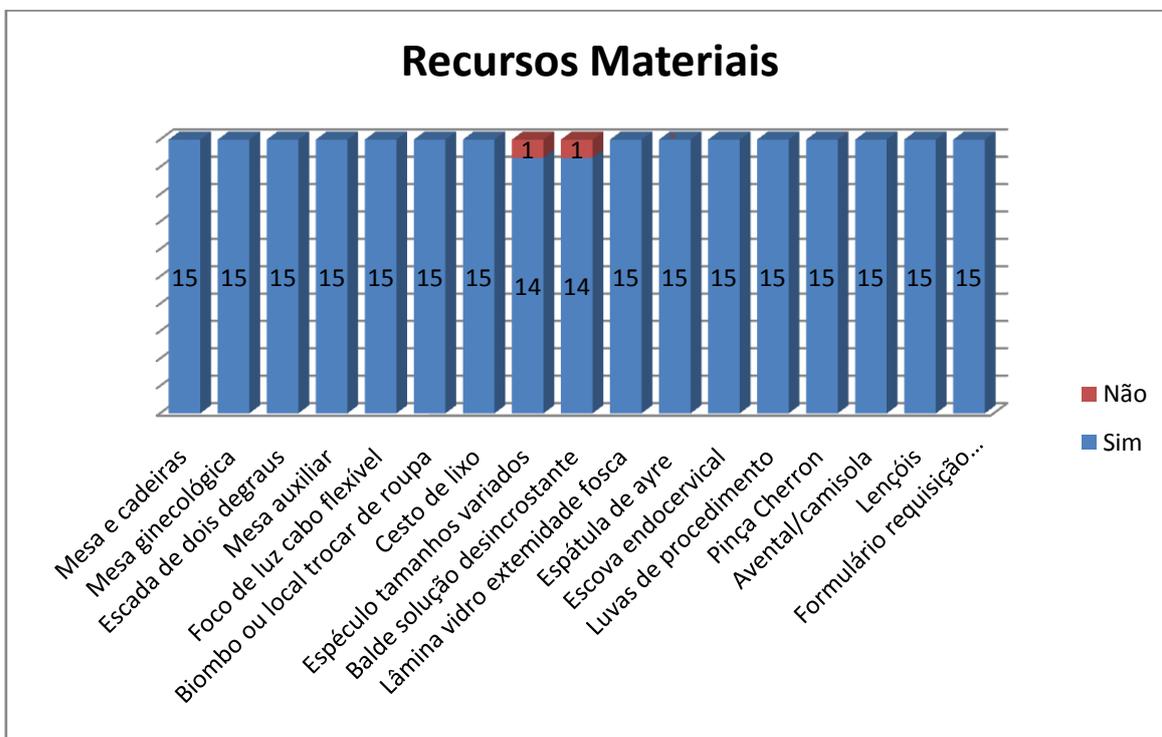
Com isso, percebemos que o provimento de condições adequadas de infraestrutura é essencial para garantir a qualidade das ações prestadas, uma vez que a disponibilidade de recursos estruturais mantém estreita relação com a satisfação dos profissionais de saúde e dos usuários do serviço. Assim afirma Donabedian (1985), que uma boa estrutura deve significar a probabilidade de um bom desempenho nas áreas de processo e de resultados.

Corroborando com estudo de Albuquerque (2008), acreditamos que é possível afirmar

que a maioria dos Centros de Saúde da Família de Sobral encontram-se, segundo as normas e diretrizes do Ministério da Saúde relacionadas ao Programa de Prevenção e Controle do Câncer do Colo do útero (2006), em condições que permitem a realização de uma assistência de qualidade na atenção básica. Entretanto, algumas mudanças são necessárias em alguns aspectos que ainda apresentam inadequações. Ratificando com isso, que a avaliação dos serviços de saúde deve ser um processo contínuo para geração de resultados que possam embasar as decisões dos gestores da saúde em busca de um processo de planejamento e tomada de decisão direcionados às necessidades locais.

Em relação aos recursos materiais, o Gráfico 2 demonstra que a disponibilidade se mostrou positiva para a maioria dos itens envolvidos no programa de prevenção do câncer de colo do útero com 100% de existência dos seguintes materiais/equipamentos: mesa e cadeiras; mesa ginecológica; escada com dois degraus; mesa auxiliar; foco de luz com cabo flexível; biombo; cesto de lixo; lâmina de vidro com extremidade fosca; espátula de ayre; escova endocervical; luvas de procedimento; pinça cherron; avental/camisola, lençóis e formulários para requisição de exame citopatológico – colo do útero.

**Gráfico 2 - Itens referentes aos recursos materiais das unidades (sede) Sobral-CE, 2013.**



Sobre os materiais que foram relatados como ausentes, espéculo de tamanhos variados

e balde com solução desincrostante, isso se deu de forma pontual apenas na UBS 01 (6,6%) (Figura 2) o que pode sinalizar para uma ineficiência específica desta unidade e não uma falha na disponibilização de recursos materiais por parte da gestão municipal. Vale salientar também que a partir do final do ano de 2012 o município iniciou a disponibilização de kits de prevenção descartáveis com tamanhos variados podendo a unidade em questão já não dispor mais destes materiais uma vez que realizou a substituição pelo novo material.

Em semelhança aos resultados deste estudo tem-se pesquisas como a realizada na cidade de Pelotas, Sul do Brasil, onde a disponibilidade de recursos materiais nos serviços de atenção primária apresentaram recursos satisfatórios e ótimos (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001). Assim como, os achados da pesquisa realizada no interior do Estado de Santa Catarina em que a aquisição de material permanente da unidade estava adequada às normas mínimas do Ministério da Saúde, não ocorrendo falta de material básico (COIMBRA; OLIVEIRA; KANTORSKI, 2010).

Os achados estavam em consonância também com a avaliação do programa de prevenção do câncer do colo do útero e mama realizada no município de Paranapanema-SP, em que os recursos físicos contam com consultórios, todos eles equipados com mobiliário, materiais e equipamentos necessários para a coleta (CANIDO et al, 2007).

Com relação a estudos que priorizam a verificação com relação à disponibilidade de recursos materiais nos programas da atenção básica concordamos com Okagawa, Lichand e Innocenzo (2011), quando identificaram uma fragilidade na produção científica representada pela escassez de trabalhos a respeito da Gestão dos Recursos Materiais, área de importância indiscutível para garantia da qualidade do cuidado prestado ao paciente.

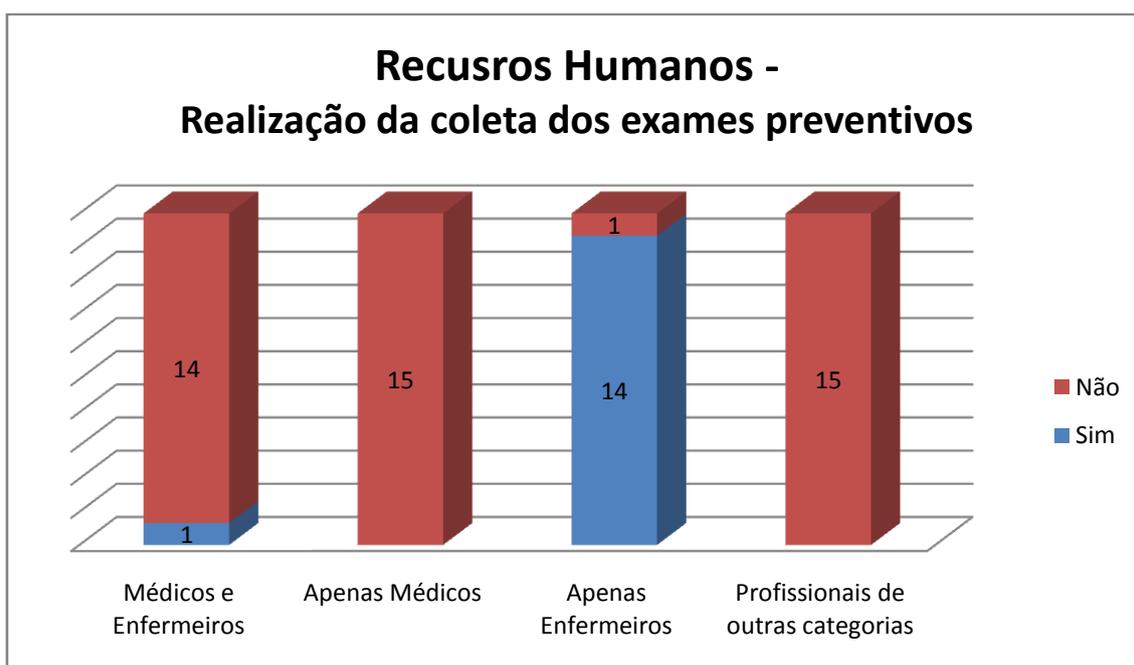
Posto que é fundamental que os serviços de saúde estejam equipados e organizados para realizar o exame com regularidade (MELO *et al*, 2012), e que um fator importante para a obtenção do êxito dos cuidados básicos de saúde é a possibilidade do emprego de tecnologia apropriada (DEGANI, 2002), parece óbvio que os locais que contam com serviços mal estruturados terão maior dificuldade em alcançar os resultados esperados. Assim sendo, com base nos resultados encontrados neste estudo a respeito da disposição de recursos materiais para as ações de controle e prevenção do câncer ginecológico, identificamos que as unidades de saúde de Sobral encontram-se, em sua grande maioria, aptas a desenvolver ações de qualidade e que beneficiem a população adscrita.

Na análise dos *recursos humanos envolvidos na assistência*, pesquisamos quais profissionais estavam diretamente envolvidos na realização da coleta dos exames preventivos

e nas consultas ginecológicas. O Gráfico 3 mostra que a coleta dos exames preventivos em 14 (93,4%) unidades era realizada apenas por enfermeiros e que apenas na UBS 13 (6,6%) era executada tanto por médicos quanto por enfermeiros.

No cenário da prevenção do câncer do colo do útero, a atuação do enfermeiro nas equipes da ESF vem revelando importância fundamental (MELO et al, 2012). Porém, frente a esta grande predominância dos enfermeiros nas atividades de coleta e diminuta participação dos médicos nestas ações, ressalta-se, assim como Bim *et al* (2010) a importância dos profissionais de saúde trabalharem de maneira articulada e integrada, possibilitando o atendimento das usuárias dos serviços de saúde. Assim como, devem estar capacitados e habilitados para a realização do exame citopatológico. (FELICIANO; CHRISTEN; VELHO, 2010) para assegurar a qualidade do serviço prestado visto que representa um fator que pode comprometer o processo de rastreamento (ZAPPONI; MELO, 2010).

**Gráfico 3 - Recursos humanos (coleta exames) das unidades (sede) Sobral-CE, 2013.**



Com isso, salientamos que o enfermeiro tem uma grande parcela de responsabilidade junto a outros profissionais: na prevenção, na detecção inicial, no diagnóstico e no tratamento do câncer cérvico-uterino com a responsabilidade de orientar a comunidade na assistência dos programas de prevenção e controle. E ainda evidenciamos que a enfermagem vem se destacando nesta tarefa do cuidado preventivo, buscando desenvolver estratégias que motivem e mobilizem os profissionais envolvidos para a realização deste cuidado. (SILVA *et al*, 2010).

O Caderno de Atenção Básica nº 13 - Controle dos cânceres do colo do útero e da mama (2006, p. 21), traz dentre as atribuições do Médico “realizar consulta, coleta de Papanicolau e exame clínico das mamas”; do Enfermeiro “realizar consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas” e do Auxiliar/Técnico de Enfermagem “realizar coleta de exame preventivo, observadas as disposições legais da profissão”.

Nesta perspectiva chamamos atenção para uma pesquisa de 2007 que contava com os seguintes recursos humanos: médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem onde toda a equipe estava devidamente capacitada com treinamento teórico e prático para a coleta da citopatologia oncológica, abordando normas, procedimentos e educação para a saúde e exames preventivos (CANIDO *et al*, 2007).

Porém em 2011 o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN estabelece a Resolução 381/2011, considerando que o Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe, privativamente, a execução de cuidados de enfermagem de maior complexidade, sendo a coleta de material para a colpocitologia oncológica pelo método Papanicolau um procedimento complexo. Com isso, resolve que no âmbito da equipe de Enfermagem, a coleta deste material é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.

Apesar do exposto, um ano após esta resolução verificou-se um estudo avaliativo realizado por Pinho, Jodas e Scochi (2012) que demonstrou que alguns profissionais consideraram ser necessário possibilitar que o auxiliar de enfermagem fizesse a coleta de material para exame.

Com isso e em consonância com o preconizado pelo Conselho, destacamos a importância dos achados desta pesquisa apontarem que nenhuma outra categoria profissional além de médicos e enfermeiros realizam a coleta do exame preventivo nas unidades de saúde da sede do município de Sobral (Figura 3). Fato este que contribui para o seguimento das normas e rigores refletindo de forma positiva na garantia da qualidade e segurança dos exames realizados uma vez que assegura a capacidade técnico-científica dos profissionais diretamente responsáveis.

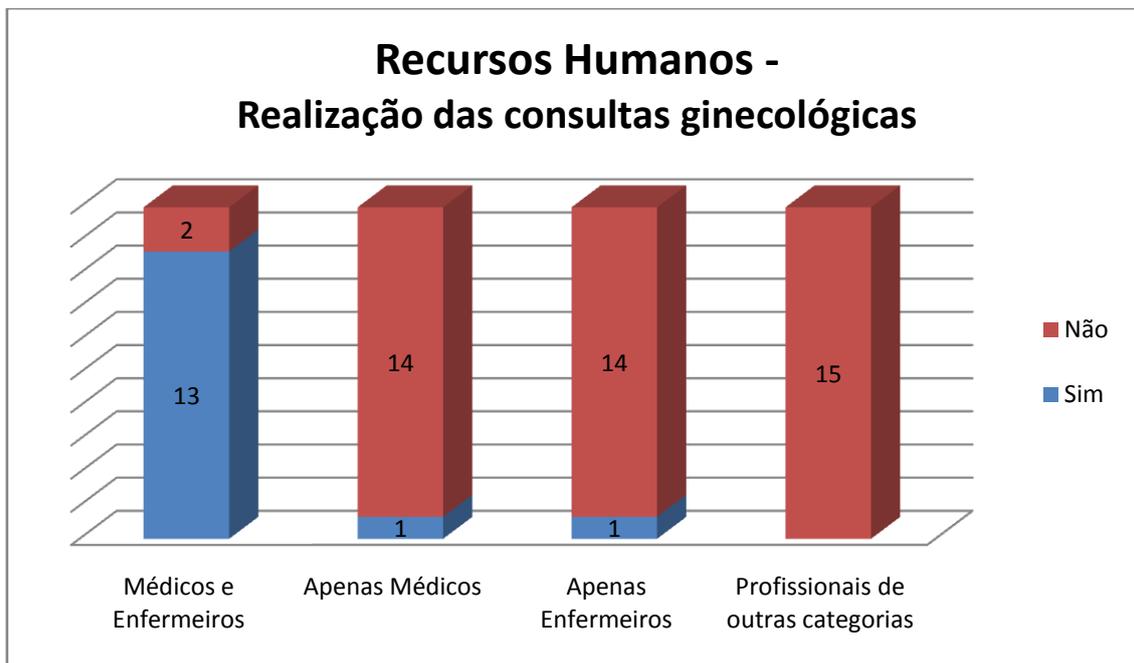
Outro dado trazido na categoria dos recursos humanos se refere à realização das consultas ginecológicas pelos profissionais da saúde. Para este atendimento o Caderno de Atenção Básica traz como atribuição do médico “realizar consulta; avaliar quadro clínico, emitindo diagnóstico; emitir prescrição do tratamento medicamentoso; solicitar exames complementares; encaminhar as usuárias a serviços de referências de média e alta

complexidade respeitando fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento dessa usuária” (BRASIL, 2006, p. 20-21).

Ainda de acordo com referencial acima as atribuições dos enfermeiros envolvem “realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão; manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas no Caderno”.

Nesta pesquisa a realização das consultas ginecológicas nas unidades básica de saúde da família é exclusividade das categorias profissionais de médicos e enfermeiros, não sendo identificada a prática desta por parte de mais nenhuma categoria. Na maioria das unidades (86,6%) esta atividade é realizada por ambos profissionais enquanto que apenas na UBS 02 (6,6%) as consultas ginecológicas são realizadas apenas pelo médico e na UBS 06 (6,6%) apenas pelo enfermeiro como podemos verificar no Gráfico 4.

**Gráfico 4 - Recursos humanos (consultas ginecológicas) das unidades (sede) Sobral-CE, 2013.**



Levando em consideração a afirmação de que se o profissional, que está na unidade básica, não tiver uma conduta adequada a cada classificação das lesões precursoras do câncer cérvico-uterino poderá haver evolução para câncer do colo do útero (CARVALHO; QUEIROZ, 2010). E que para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle do câncer do colo do útero, é importante que a atenção às mulheres esteja pautada em

uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. Identificamos que a estratégia utilizada por a maioria das unidades de saúde, em oferecer consultas ginecológicas praticadas tanto por médicos quanto por enfermeiros, é relevante para a qualificação da atenção prestada, uma vez que a interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro (BRASIL, 2006).

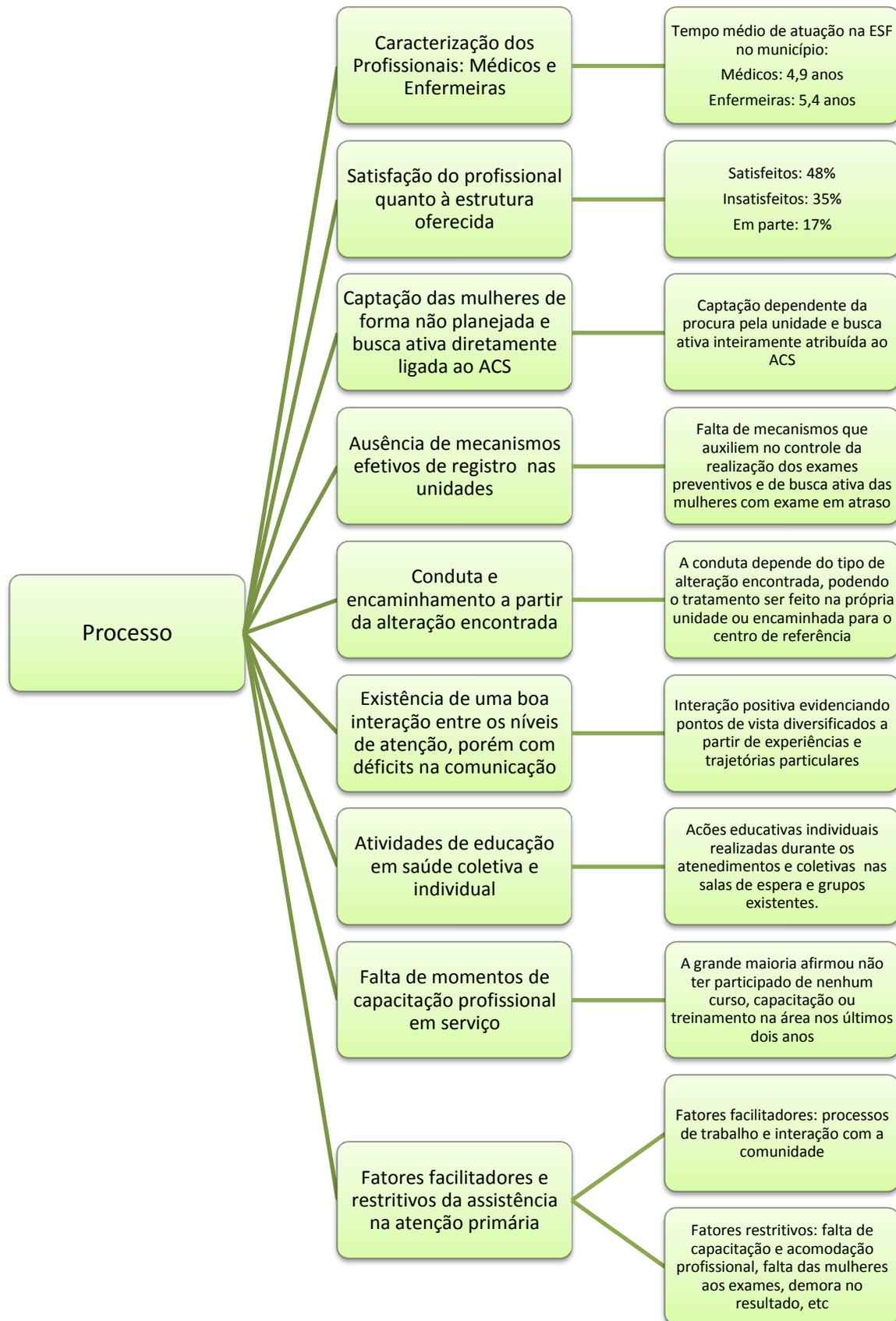
A disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde influenciam diretamente nas condições de vida e saúde dos pacientes, diminuindo-as ou aumentando-as, de acordo com o acesso aos serviços de saúde. Para tanto, há a necessidade da estruturação do cuidado, tendo em vista a redução das lacunas relativas à qualidade de assistência (ZAPPONI; MELO, 2010), partindo da avaliação das condições existentes e promovendo mudanças de acordo com a realidade local.

Para que se comece a trabalhar na direção das melhorias físicas no ambiente, necessárias ao bom desenvolvimento laboral, é interessante que se escute os indivíduos envolvidos, objetivando coletar informações sobre as necessidades das pessoas e suas prioridades (SOARES; PINTO; THUMÉ, 2011).

## **5.2 Processo**

Na análise do processo, segundo referencial do Donabedian, avaliamos o conjunto de atividades desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária na prestação do cuidado às mulheres na prevenção e controle do câncer do colo do útero. Neste propósito entrevistamos médicos e enfermeiras cujas informações concedidas resultaram na identificação das categorias e sínteses demonstradas na Figura 2:

**Figura 2 - Análise do Processo, Categorias e Sínteses**



Fonte: Primária

Para a análise do processo de trabalho iniciamos com a *caracterização dos profissionais médicos e enfermeiras* das unidades investigadas. Para tal, foram realizadas entrevistas nas 15 unidades básicas de saúde da sede de Sobral sendo que uma delas estava sem médico no período de coleta de dados totalizando então 14 médicos participantes, sendo 6 homens e 8 mulheres e 15 enfermeiras todas do sexo feminino. A média de duração das entrevistas dos médicos foi de 8,5 minutos enquanto a das enfermeiras foi de 5,9.

As Tabelas 1 e 2 demonstram o tempo de graduação dos profissionais, o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família – ESF, o tempo de atuação no município de Sobral e as especializações/pós-graduações de médicos e enfermeiras.

O tempo de graduação dos médicos variou entre 8 meses e 24 anos com uma média de 9,3 anos. Já em relação às enfermeiras este período variou entre 6 meses e 29 anos com uma média de 8,6 anos de graduação. Acreditamos que esta larga diferença entre os tempos de graduação dos entrevistados de ambas categorias, apesar de estabelecida através de sorteio e não de forma intencional, favoreceu a evidência de diversos pontos de vista e enfoques oriundos das variadas experiências acumuladas.

O médico que apresentou o menor tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família tinha cinco meses, enquanto o que atuava a mais tempo fazia 13 anos totalizando uma média de 5,9 anos. A enfermeira com menor tempo de atuação está na ESF há 4 meses e a que está a mais tempo faz 17 anos, média de 6,8 anos.

Em atuação no município de Sobral tivemos valores, para os médicos, variando entre 5 meses a 13 anos (média de 4,9 anos) e para as enfermeiras entre 4 meses a 16 anos (média de 5,4 anos). Atentando para o fato de que a enfermeira com maior tempo de atuação na ESF em Sobral está desde a implantação deste programa que ocorreu em 1997.

A investigação sobre especializações e/ou pós-graduações identificou que 36% dos médicos não possuía nenhuma delas enquanto entre as enfermeiras este valor foi de 20%. Dos médicos pós-graduados 43% possuíam apenas um curso enquanto 21% possuíam dois ou mais. As enfermeiras com uma titulação somaram 60% e com duas ou mais 20%.

Em relação à parte médica, a evidência de que 5 dos 14 entrevistados não possui nenhuma especialização corrobora com o que aponta nossa vivência na atenção básica onde esta, muitas vezes, se configura como um início ou uma fase que é contemplada temporariamente enquanto o médico busca por uma especialização/residência na área almejada. Realidade diferenciada da encontrada para as enfermeiras onde a maioria se especializou na área correspondente a da atuação atual (Saúde da Família) o que sinaliza a

possibilidade de permanência e busca de aperfeiçoamento destas profissionais na atenção básica.

Entre os tipos de pós-graduação médica encontramos: Pediatria, Medicina do Trabalho, Ginecologia e Obstetrícia, Dermatologia, Patologia, Perícia Médica, Emergência e Especialização e Mestrado em Saúde da Família. Na área de enfermagem as especializações encontradas foram: Saúde da Família, Psicopedagogia, Educação em Saúde, Gestão dos Sistemas de Saúde, Pedagogia da Saúde, Saúde Pública (Mestrado e Especialização) e Auditoria em Saúde da Família.

Em ambas as categorias encontramos profissionais com Mestrado em áreas afins atuando na atenção básica, o que pressupõe que a assistência e a pesquisa estão caminhando cada vez mais próximas e que esta união tende a beneficiar o serviço como um todo, seja pela incorporação de métodos e dados científicos no cuidado diário, seja no respaldo das pesquisas com o enriquecimento proporcionado pela prática assistencial.

**Tabela 1** Dados referentes às enfermeiras da atenção primária a saúde (sede), Sobral-CE, 2014.

<b>Participante</b>	<b>Tempo Graduação</b>	<b>Tempo Atuação ESF</b>	<b>Tempo Atuação em Sobral</b>	<b>Especializações/Pós-Graduação</b>
Enfermeira 01	7 anos	7 anos	7 anos	Saúde da Família
Enfermeira 02	2 anos	2 anos	2 anos	Não Possui
Enfermeira 03	10 anos	10 anos	10 anos	Mestrado Saúde Pública
Enfermeira 04	9 anos	9 anos	9 anos	Saúde da Família e Psicopedagogia
Enfermeira 05	6 anos	6 anos	6 anos	Saúde da Família
Enfermeira 06	17 anos	17 anos	17 anos	Saúde da Família e Educação em Saúde
Enfermeira 07	1 ano	1 ano	1 ano	Não Possui

Enfermeira 08	13 anos	13 anos	1 ano	Pedagogia em Saúde
Enfermeira 09	6 meses	6 meses	6 meses	Saúde da Família
Enfermeira 10	5 anos	6 meses	6 meses	Não Possui
Enfermeira 11	29 anos	16 anos	16 anos	Saúde da Família e Saúde Pública
Enfermeira 12	3 anos	3 anos	3 anos	Saúde Pública
Enfermeira 13	5 anos	5 anos	5 anos	Auditoria em Saúde da Família
Enfermeira 14	12 anos	12 anos	2 anos	Saúde Pública
Enfermeira 15	6 meses	4 meses	4 meses	Gestão em Sistemas de Saúde
Médias	8,6 anos	6,8 anos	5,4 anos	--

**Tabela 2 Dados referentes aos médicos da atenção primária a saúde (sede), Sobral-CE, 2014.**

<b>Participante</b>	<b>Tempo Graduação</b>	<b>Tempo Atuação ESF</b>	<b>Tempo Atuação em Sobral</b>	<b>Especializações/Pós- Graduação</b>
Médico 01	24 anos	5 anos	5 anos	Dermatologia
Médico 02	3 anos	3 anos	1 ano	Não possui
Médico 03	14 anos	14 anos	11 anos	Ginecologia/Obstetrícia
Médico 04	2 anos	1 ano	4 meses	Não possui
Médico 05	15 anos	7 anos	7 anos	Pediatria
Médico 06	3 anos	5 meses	5 meses	Não possui
Médico 07	3 anos	3 anos	1 ano	Não possui

Médico 08	16 anos	10 anos	10 anos	Mestrado Saúde da Família e Patologia
Médico 09	6 anos	5 anos	1 ano	Pediatria
Médico 10	16 anos	15 anos	13 anos	Saúde da Família e Medicina do Trabalho
Médico 11	8 meses	7 meses	5 meses	Não possui
Médico 12	22 anos	15 anos	15 anos	Pediatria e Perícia Médica
Médico 13	4 anos	3 anos	3 anos	Medicina do Trabalho
Médico 14	1 ano	1 ano	1 ano	Emergência
<b>Médias</b>	9,3	5,9	4,9	--

A *satisfação do profissional quanto à estrutura oferecida* para a realização dos exames de prevenção do câncer do colo do útero na atenção primária está quantitativamente ilustrada a seguir na Tabela 3.

**Tabela 3** Dados referentes à satisfação dos profissionais quanto à estrutura física das unidades básicas de saúde (sede), Sobral-CE, 2014.

<b>Resposta</b> <b>Profissionais</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Em Parte</b>	<b>Total</b>
<b>Médicos</b>	<b>07</b>	<b>04</b>	<b>03</b>	<b>14</b>
<b>Enfermeiras</b>	<b>07</b>	<b>06</b>	<b>02</b>	<b>15</b>
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>05</b>	<b>29</b>

Os profissionais que relataram estar satisfeitos, o fizeram com posicionamentos variados. Verificamos desde aqueles inteiramente satisfeitos: **sim a sala é individualizada, tem silêncio absoluto, a gente sempre fecha a porta que tem tranca, o material é descartável** (E.10) até os satisfeitos, porém com algumas ressalvas: **é uma estrutura**

**adequada mais dá para melhorar, por que a maca já está velha, não regula direito na hora de deitar a paciente** (E. 05). E alguns itens foram lembrados isoladamente como iluminação, ambiente, unidade de saúde nova e banheiros.

No tocante aos materiais e insumos para o atendimento identificamos características particulares para as unidades investigadas: **na verdade aqui na unidade a gente não tem problema, tem uma sala específica, nunca falta material** (M. 09); **eu estou trabalhando na unidade há apenas quatro meses dentre os quais nos três primeiros meses a gente estava com problema de falta de material na unidade** (M. 04); **infelizmente as vezes acontece de faltar os insumos** (E. 03).

O abastecimento de materiais e insumos para a realização dos exames preventivos se dá através da distribuição pela Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF do município. Cada unidade de saúde faz sua própria solicitação mensalmente prevendo a quantidade necessária para suprir sua demanda. Assim sendo, a falta deste material, citada apenas por alguns profissionais, nos leva a inferir que ou a distribuição pela central de abastecimento se mantém adequada e algumas unidades não fazem a solicitação em quantidade adequada ou as unidades que não apresentaram falta de material possuíam um estoque que manteve a realização dos exames até o restabelecimento da distribuição pela CAF. Ainda, em última hipótese, podemos imaginar que os profissionais que relataram nunca faltar ou faltar sempre não estejam bem informados.

Apesar de satisfeita com a estrutura oferecida, uma enfermeira ainda cogitou no seu discurso a possibilidade de melhorar o atendimento da seguinte forma: **seria bom se tivesse um som para as mulheres durante o exame** (E. 13). Salienta-se que este equipamento não é essencial ou indispensável para a realização do exame preventivo nas unidades básicas de saúde, porém imagina-se, assim como a enfermeira, que a emissão de um som agradável durante o exame poderia sim contribuir para que as pacientes ficassem mais tranquilas e relaxadas. Ajudando a dissipar umas das queixas mais frequentes para a não realização deste tipo de exame que é o constrangimento e o medo (CASARIN; PICCOLI, 2011). Já que a musicoterapia funciona como uma especialidade terapêutica conduzindo a elucidação de emoções, relaxamento, o desenvolvimento de sentimentos positivos, entre outros (NUNES-SILVA *et al*, 2012).

Os relatos de alguns médicos chamaram atenção por referirem não ter muito conhecimento da estrutura e repassar tal responsabilidade para os enfermeiros: **isso fica mais a cargo da enfermagem [...] nunca escutei também nenhuma queixa delas (enfermeiras)**

(M. 06); **não tenho muito contato, vivência, o exame é feito pela enfermeira já recebo o exame pronto** (M. 12).

Assim como Soares *et al* (2011), acreditamos que conhecer as práticas de atenção à saúde e a maneira como se efetivam, no cotidiano do trabalho, para a produção do cuidado são de fundamental relevância para a configuração da integralidade. Não somente como princípio do SUS, mas também como boas práticas de saúde, para a melhoria do cuidado à saúde dispensado às pacientes.

Em se tratando dos parcialmente satisfeitos encontramos relatos sobre a sala ser **muito apertada** (M. 08), **muito quente** (E. 11), **se você quiser marcar mais um dia de prevenção fica meio complexo porque só tem uma mesa ginecológica** (E. 04) e **nosso material é insuficiente porque com a demanda que nós temos aqui, pela quantidade de pacientes uma mesa ginecológica não seria suficiente** (M. 01).

A demanda excessiva promove insatisfação nos profissionais por não conseguirem suprir as necessidades da comunidade devido incapacidade física e estrutural. Frente a isso concordamos com Casarin e Piccoli (2011) quando afirmam que a garantia do oferecimento do exame citopatológico ao maior número possível de mulheres é muito importante, pois, muitas vezes estas deixam de realizar por falta de locais para atendimento.

Os depoimentos informando a insatisfação quanto a estrutura apontaram, em maioria, para a falta de salas, materiais insuficientes e para demora dos resultados. Estes três fatores foram bastante citados entre os não satisfeitos e juntos representam um grande problema para a oferta e manutenção de uma assistência de qualidade. A falta de salas em número suficiente limita a quantidade de exames oferecidos e pode estar deixando de identificar precocemente algum caso no seu território. A escassez ou falta do material necessário inviabiliza a realização do exame o que provoca sua suspensão até resolução do problema. Por fim a demora nos resultados pode promover o esquecimento das mulheres em procurarem pelo resultado e impedir que a terapêutica, quando necessária, seja adotada precocemente.

Em relação ao abandono dos resultados dos exames preventivos na unidade Greenwood, Machado e Sampaio (2006) identificaram três aspectos como impeditivos deste retorno: os relacionados à mulher, ao profissional e ao serviço. Quanto à mulher, destacaram-se a situação de trabalho, a falta de transporte, viagens e mero esquecimento de voltar para pegar o resultado do exame. Quanto ao profissional, o principal foi à falta da interação profissional-paciente. Em relação ao serviço, greves, atraso na liberação do resultado do exame, falha de comunicação entre a clientela e o serviço e dificuldade para conseguir um

novo atendimento quando a mulher não compareceu na data agendada, foram os maiores empecilhos.

Outros não satisfeitos referiram que **as pessoas ficam batendo na porta, quando a gente abre a mesa ginecológica está bem voltada para a rua [...] tinha que ter uma estrutura melhor para não expor o pessoal (E. 09); o ideal é que cada profissional realizasse o exame na sua própria sala (E. 12) e que falta informação, orientação para as mulheres de como fazer o exame de prevenção na unidade de saúde (M. 05).**

Sobre isso entendemos que as mulheres precisam receber orientações sobre a coleta do exame com o propósito de melhorar sua adesão (FELICIANO; CHRISTEN; VELHO, 2010) e promover o autoconhecimento, desenvolvendo a confiança entre os participantes deste processo (SILVA et al, 2010), para que as ideias não fiquem focadas apenas no conhecimento popular e que as informações teóricas repassadas pelos profissionais de saúde possam contribuir para a apropriação do conhecimento científico (SANTOS; MACÊDO; LEITE, 2010).

Isso reforça a importância destas informações serem oferecidas por parte das unidades básicas de saúde que segundo a pesquisa de Silva e Silva (2012), junto com outras instituições de saúde, representam a maior fonte de informação relacionado a prevenção câncer do colo com 68% das referências.

As atividades de educação em saúde devem acontecer de acordo com a necessidade local para que a clientela feminina adequadamente informada, manifeste o comportamento preventivo, buscando os serviços de saúde (MELO et al, 2012). Ressaltando que, para tanto, é imprescindível a divulgação de informações não apenas nas unidades de saúde, mas também em outros espaços coletivos como no lar, na escola, no trabalho, etc.(CASARIN; PICCOLI, 2011).

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessa doença que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce e tratamento (BRASIL, 2006c). Dentro desta perspectiva, identificamos que a **captação das mulheres ocorre de forma não planejada e a busca ativa está diretamente ligada ao ACS**. As estratégias para captação das mulheres na faixa etária preconizada para a realização do exame preventivo, citadas pelos médicos e enfermeiras da atenção básica, de forma geral, foram: orientações/informações durante as consultas individuais, o planejamento familiar, o acolhimento e a triagem, como também, a busca ativa através do agente comunitário de saúde.

Segundo o Caderno de Atenção Básica (2006c), estas estratégias devem respeitar as peculiaridades regionais envolvendo lideranças comunitárias, profissionais de saúde, movimentos de mulheres, meios de comunicação entre outros, sendo a identificação das mulheres na faixa etária de maior risco, especialmente aquelas que nunca realizaram exame na vida, o objetivo da captação ativa.

A estratégia de busca ativa e orientações atribuídas aos agentes de saúde também foi evidenciado por outros estudos onde este profissional tem sido o grande responsável pelo monitoramento e rastreamento das mulheres que não comparecem ao serviço regularmente e pelo fornecimento de orientações sobre cuidados à saúde (DUARTE, et al, 2011; MELO et al, 2012). Neste contexto Albuquerque (2010), destaca o ACS como principal articulador da equipe na comunidade sendo responsáveis pelas visitas e acompanhamento dos grupos prioritários.

Em contraposição, identificam-se também trabalhos que apontaram para o fato de a visita do agente comunitário não influenciar na cobertura e manutenção da regularidade na coleta do teste de Papanicolaou (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011) e que sua atuação ainda é deficiente, uma vez que não foi suficiente para modificar a modalidade oportunística da realização do exame Papanicolaou (VALE et al, 2010).

Devido o trabalho dos agentes de saúde ser primordialmente inserido na comunidade e a estreita relação proporcionada com a população, acreditamos, assim como a maioria dos profissionais participantes, no grande potencial deste profissional para o auxílio às ações de controle e rastreamento precoce do câncer do colo do útero. A territorialização e o cadastramento das famílias favorecem que os ACS identifiquem a população de mulheres-alvo e convoquem aquelas que nunca fizeram o exame ou que estão há mais de três anos sem fazê-lo. Portanto, estas ações devem ser introduzidas ou reforçadas nos programas de capacitação dos ACS e, obviamente, deve ser uma preocupação de toda a equipe da ESF (VALE et al, 2010).

Com exceção à busca ativa, verificamos nos discursos, estratégias que eram dependentes da busca das unidades básicas de saúde pelas mulheres para que houvesse o repasse de informações e captação como no caso das consultas individuais e na triagem. Este fato limita bastante a capacidade de abrangência das estratégias adotadas e compromete a eficiência destas em promover a realização do exame preventivo na maior parte possível das mulheres na faixa etária preconizada.

Em relação ao processo de planejamento específico para incentivar a população

feminina local a realizar o exame houve apenas um discurso que relatou uma estratégia propriamente voltada para o Programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero de forma planejada e não oportunística: **na realidade, foi feito agora o levantamento das mulheres na faixa etária priorizada, aí as agentes de saúde realizam visitas às mulheres, perguntando se já realizaram o exame e se querem fazer, sendo feito o agendamento** (E.13).

A captação das mulheres para realização do exame preventivo foi também associado ao programa de pré-natal onde as gestantes devem realizar este exame como procedimento de rotina e nestes casos é feito a identificação, busca ativa e encaminhamento, assim como, acompanhamento e cobrança por parte dos profissionais: **a estratégia que eu diria nas consultas, existe nas gestantes né [...] a gente começa a fazer uma busca ativa eu diria, às gestantes né, no momento da consulta de pré-natal, mas em outro aspecto não, não há** (E.15).

A associação com o pré-natal se mostra positiva, pois garantimos assim a realização deste exame de forma eficiente à população gestante. Mas esta deve ser vista como uma estratégia coadjuvante e não única no que se refere à prevenção e controle do câncer cervico-uterino.

Neste sentido Lima et al (2009), falam da importância da educação em saúde a fim de informar e sensibilizar mulheres e seus companheiros quanto à segurança, eficácia e relevância do desenvolvimento do método preventivo, não apenas durante o período gestacional, mas como uma rotina em suas vidas.

Na atenção básica a existência de programas específicos favorece a organização e planejamento por parte dos profissionais dirigindo uma assistência específica e direcionada para uma população alvo determinada. Porém esta divisão/diferenciação dos usuários acaba beneficiando mais aqueles grupos de maior enfoque e que necessitam de uma atuação mais rápida e eficiente por parte dos profissionais como o pré-natal e a puericultura por exemplo. Porém, há que se ressaltar que as ações preconizadas são várias e foi perceptível no estudo de Melo *et al* (2012) que, no agir efetivo, algumas dessas atividades se deixaram perder no cotidiano da atenção primária.

Sendo uma patologia de progressão lenta e inicialmente imperceptível o câncer do colo do útero e as ações voltadas para sua detecção precoce e controle não foram relatadas nos discursos como uma prioridade da assistência, mas sim como uma questão de oportunidade. Posto isso, chamamos atenção para a seguinte fala: **não é necessário porque culturalmente**

**já está incutido na rotina delas de exames onde todo anos elas façam. Elas são bem orientadas então todos os anos elas vêm. As vezes muitas delas vem duas vezes ao ano (E.01).**

Frente à importância da realização do exame preventivo para a detecção e tratamento precoce do câncer de colo do útero várias iniciativas são adotadas na tentativa de conscientização da população feminina para o rastreio adequado. Porém estas estratégias não podem estar desvinculadas e nem desarticuladas das unidades básicas de saúde. Por mais que os meios de comunicações formais e informais divulguem este tipo de informação os profissionais não devem se abster desta responsabilidade abdicando de suas atribuições quanto ao fornecimento de informações e busca ativa das mulheres de sua área de abrangência.

Não se pode esperar que as mulheres procurem pelo exame por conta própria baseando-se apenas em seus próprios conhecimentos, uma vez que o acesso e a utilização deste tipo de informação varia de pessoa para pessoa. Então a postura preventiva e o empoderamento sobre sua saúde é algo que deve ser constantemente trabalhado e incentivado pelos profissionais da atenção básica junto à população alvo, posto que segundo Melo *et al* (2012), apenas a procura por livre demanda das mulheres não é suficiente para uma boa cobertura do exame Papanicolau.

Os profissionais da área devem promover a educação em saúde e não somente esperar que as usuárias busquem uma consulta, mas que usem da criatividade, através de campanhas educativas, visita às escolas dentre outras ações (SANTOS; MACÊDO; LEITE, 2010).

Acreditamos que um processo de planejamento voltado para esta temática, um levantamento do valor numérico das usuárias dentro da faixa etária preconizada, o conhecimento relativo as metas pactuadas e estabelecidas tanto para a unidade de saúde quanto para o município em geral, assim como, uma preocupação maior dos profissionais com relação à prevenção do câncer do colo do útero e suas atribuições dentro da Estratégia Saúde da Família poderiam favorecer o estabelecimento de estratégias diretas e eficientes com vistas a abranger o maior número possível de exames realizados e diminuição da incidência desta doença.

Além disso, concordamos com Mascarello *et al* (2012) na colocação de que uma efetiva educação em saúde, maior cobertura dos programas de rastreamento, investimentos na prevenção primária e secundária, detecção precoce e tratamento em tempo oportuno devem ser priorizados como importantes estratégias de enfrentamento da doença.

Em relação ao processo de trabalho de médicos e enfermeiros percebemos uma

fragmentação quanto ao trabalho em equipe, ficando as estratégias de captação e informação à cargo de cada profissional, onde, em alguns casos, não havia o conhecimento das atividades realizadas pelo outro. Como exemplo, tem-se o discurso de M.02: **como as meninas fazem eu não sei a gente conversa pouco, infelizmente a gente é um pouco distanciado em relação a isto, mas eu costumo fazer esta informação pessoalmente, durante a consulta.** No que cabe ao trabalho em equipe preconizado na ESF esta desarticulação prejudica a realização de ações estratégicas com vistas a expandir as contribuições do Programa à condição de saúde das mulheres. Cunha e Campos (2011) retratam a importância de vários profissionais intervirem sobre um caso de forma interdisciplinar proporcionando o desenvolvimento de uma capacidade de diálogo para compreensão sobre os objetivos de cada proposta terapêutica, buscando analisar as intersecções entre diagnósticos e tratamentos, definir prioridades, e, a partir de um vínculo terapêutico com o usuário, viabilizar sua participação (e/ou de sua família) nos processos de decisão clínicos.

O Ministério da Saúde recomenda que a equipe de saúde seja capaz de fazer o seguimento, identificar as faltosas e ter acesso facilitado às informações que permitam avaliação das ações (BRASIL, 2006c). Cabe a cada unidade básica de saúde estabelecer um mecanismo de registro, mantendo-os ativos e atualizados, para promover a identificação e o controle das mulheres com o exame de prevenção em atraso. Neste sentido, construímos a Tabela 4 com o quantitativo das respostas afirmativas e negativas dos médicos e enfermeiras sobre a existência destas ferramentas em suas unidades de saúde.

**Tabela 4 Existência de mecanismos de controle para a identificação e busca ativa das mulheres com este exame em atraso, Sobral-CE, 2014.**

<b>Resposta</b> <b>Profissionais</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Total</b>
<b>Médicos</b>	<b>05</b>	<b>09</b>	<b>14</b>
<b>Enfermeiras</b>	<b>03</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>21</b>	<b>29</b>

A partir dos resultados verificamos a predominância dos discursos que apontaram para a *ausência de mecanismos efetivos de registro nas unidades*, mecanismos estes, que deveriam auxiliar no controle da realização dos exames preventivos e de busca ativa das mulheres com exame em atraso, o que reforça a inferência de que, frente aos demais, este

programa não vem recebendo devida atenção por parte dos profissionais que vem desenvolvendo ações sem o esperado planejamento.

A maioria dos discursos apontou para a inexistência destes mecanismos e ao fazê-lo destacaram-se algumas peculiaridades nos discursos dos médicos e das enfermeiras. Quando os médicos disseram não haver nenhum mecanismo, o fizeram sem nenhum comentário mais detalhado a este respeito como vemos: **não** (M.03 e 05); **que eu conheça não** (M.02); **não também não** (M.08); **desconheço** (M.07) e **Não que eu saiba** (M.13). Como exceção temos: **a gente não tem esse registro que seria útil para gente fazer o seguimento e acompanhamento ao longo do tempo né** (M.09).

Com isso, vemos nos discursos dos médicos apenas uma constatação prática da situação vivenciada sem a preocupação em justificar ou mencionar possíveis estratégias para a resolução do problema. Realidade esta, que foi identificada nas falas de algumas enfermeiras: **nós ainda não temos essa estratégia, nós temos a intenção de fazer a busca ativa** (E.06); **a gente ta pegando o nosso numero de mulheres em idade fértil e a gente vai trabalhar mais em cima disso mais no momento não** (E. 04).

Inovação e criatividade devem fazer parte das competências dos profissionais que atuam na atenção básica. Os enfermeiros são coordenadores das equipes de saúde da família atuando na supervisão dos auxiliares de enfermagem e dos ACS porém não devem ser considerados os únicos responsáveis pelas propostas e correções das situações vivenciadas pelas equipes. Neste sentido o médico, assim como todos os profissionais envolvidos, são corresponsáveis no processo de identificação, planejamento, tomada de decisão e implementação de ações para promoção da saúde integral das mulheres com enfoque na prevenção e controle do câncer de colo do útero.

Estratégias com base na criatividade dos enfermeiros também foi descrita por Melo *et al* (2012) com o uso de mutirões de prevenção a noite e/ou nos finais de semana, de modo a beneficiar aquela usuária que estava com o exame atrasado devido a falta de tempo para comparecer aos agendamentos habituais.

Os discursos das enfermeiras que informaram existir um mecanismo de controle fizeram referência à: **sim, a gente procura fazer busca ativa a faixa etária prioritária para a prevenção do câncer ginecológico** (E.11); **é feito mais pela consulta medica e ai a gente aproveita este momento para estar observando a questão do exame de prevenção, alem de orientar o agente de saúde que na visita eles também estejam atentos a isso** (E.07) e **as agentes de saúde realizam visitas as mulheres, perguntando se já realizaram o exame e**

**se querem fazer, sendo feito o agendamento (E.13).**

A partir dos discursos, podemos identificar novamente o ACS aparecendo como figura estrutural do programa de controle e rastreamento do câncer de colo do útero, sendo a ele atribuída, a função de orientação e busca ativa das mulheres com o exame em atraso. Segundo o Caderno de Atenção Básica (BRASIL 2006c) a identificação das mulheres na faixa etária de maior risco, especialmente aquelas que nunca realizaram exame na vida, é o objetivo da captação ativa e as estratégias devem respeitar as peculiaridades regionais envolvendo lideranças comunitárias, profissionais de saúde, movimentos de mulheres, meios de comunicação entre outros.

Os médicos que afirmaram possuir este mecanismo, além de também mencionar a busca ativa pelos ACS, relataram realizá-lo durante as consultas individuais, através do prontuário e do trabalho das enfermeiras: **sim, através das agentes de saúde que fazem a busca ativa, mas muito precariamente (M.10); quando elas vêm para as consultas por outras causa a gente sempre investiga, as agentes de saúde também fazem este trabalho e as enfermeiras também em suas visitas por outras patologias (M. 01); esta busca ativa é feita geralmente nas consulta de rotina mesmo (M.04); isto é feito no prontuário (M.06) e é perguntado às mulheres, durante as consultas, se já fizeram o exame (M.12).**

Dos profissionais que informaram a existência destes mecanismos, nenhum fez alusão à existência de um registro que servisse de fonte de informação dentro das unidades para identificação das mulheres com o exame preventivo em atraso. As menções referentes às consultas individuais, prontuários e visitas dos profissionais da atenção primária como os mecanismos identificados reforça o caráter oportunista com que este controle vem sendo desenvolvido, ou seja, não há nenhuma iniciativa ou mecanismo próprio que promova a busca por estas mulheres na comunidade através de estratégias que se utilizem da divulgação coletiva e conscientização da importância do exame para a saúde das mulheres, assim como, de registros que auxiliem os profissionais na identificação e acompanhamento destas.

O registro é um meio pelo qual os profissionais da atenção básica podem manter o controle dos casos em atraso na área para providenciarem meios de colaborar com a realização dos exames. Uma vez que se dispõe de dados sobre os exames que ainda não foram realizados se pode promover meios de identificação dos principais motivos e elaboração de medidas para enfrentá-los proporcionando a oferta de acordo com a demanda e possibilitando o alcance das metas.

Apenas uma das 29 entrevistas realizadas com os médicos e enfermeiras fez menção a

necessidade de um livro de registro para o programa de prevenção: **no momento a gente ainda não tem este mecanismo certo para saber quais são as mulheres que estão em atraso, mas a nossa proposta é fazer um livro** (E.10). Isto pode caracterizar um desconhecimento dos demais profissionais sobre as recomendações do Ministério da Saúde que propõe que todas as unidades realizem o registro e promovam a busca ativa.

Para isso, apresentam alguns instrumentos de acompanhamento como a ficha de contra-arquivo que proporciona o controle de periodicidade de casos negativos e o acompanhamento da evolução das lesões tendo como modelo como se faz no Programa Nacional de Imunização e de Tuberculose para o acompanhamento e controle de faltosos e o “Livro Preto” onde deve-se anotar todos os dados concernentes à identificação das mulheres, o que permite a todo o momento localizá-las e saber os resultados dos exames citopatológicos realizados na unidade básica de saúde (BRASIL, 2006c).

Ainda neste contexto destacamos o seguinte relato: **não vejo nenhum cartão como o de diabético e hipertenso eu nunca cheguei a ver não** (M.06), que nos remete a outro mecanismo conhecido como “Agenda da Mulher” cujo uso nas unidades básicas de saúde já pode ser identificado na literatura (MELO et al, 2012).

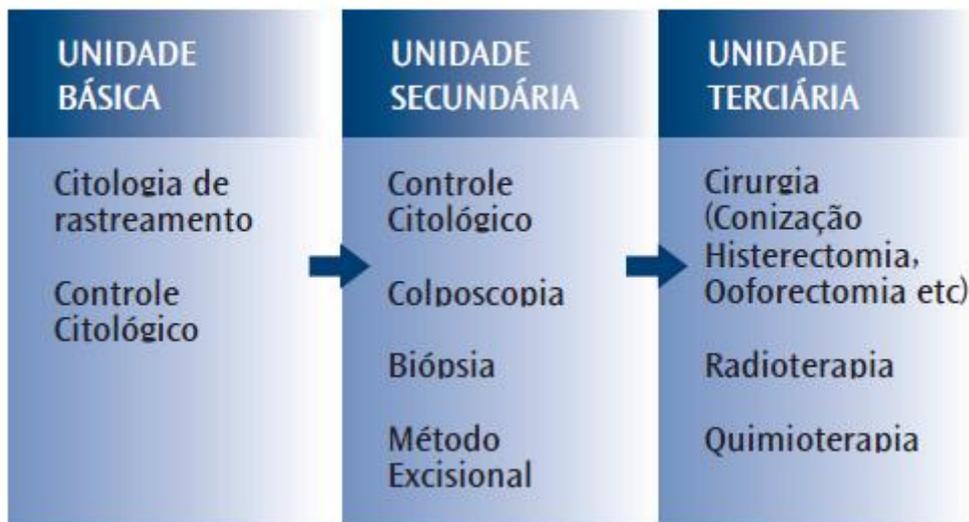
Esta Agenda é um documento destinado às mulheres de 10 a 60 anos de idade que objetiva servir como um prontuário resumido. A história clínica e ginecológica da paciente e de saúde em geral é registrada ali, de preferência por médicos e enfermeiros, contendo principalmente anotações sobre a data do último exame, o resultado e as condutas que foram indicadas, configurando-se como um documento permanente que deve ser utilizado e conservado durante toda a vida (BRASIL, 2006c).

Muitas são as atribuições de quem trabalha na atenção básica, pois muitas são as populações de risco e os programas a elas destinados. Porém sem a manutenção de registros adequados e organização no processo de trabalho fica ainda mais difícil se promover a saúde e alcançar as metas pactuadas para cada programa de assistência. Na pesquisa em questão verificamos esta falta de informações disponíveis como um potencial acarretador da incapacidade que o município vem apresentando em alcançar as metas nos últimos anos.

Acreditamos que medidas que proporcionem o estabelecimento de mecanismos com vistas a registrar e organizar o contingente de exames realizados, assim como, os que estão em atraso poderiam contribuir sobre maneira na qualidade da assistência prestada e promover uma repercussão positiva nos indicadores de saúde relacionados ao Programa de prevenção do câncer do colo do útero.

A conduta preconizada no Caderno de Atenção Básica (2006c) indica que os procedimentos deverão ser realizados de acordo com o grau de complexidade de cada unidade de saúde. Devendo o acompanhamento, tratamento e seguimento das mulheres com resultados alterados ser realizado o mais breve possível, de acordo com o resultado citopatológico. Com isso, define as atribuições dos diferentes níveis de atenção:

**Figura 3 Atribuições dos níveis de atenção.**



**Fonte:** Cadernos de Atenção Básica - Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, 2006.

Nesta perspectiva identificamos em grande parte dos discursos que a *conduta e o encaminhamento depende do tipo de alteração* encontrada, podendo o tratamento ser feito na própria unidade ou encaminhada para o centro de referência na atenção secundária. No município em questão, o serviço de referência é o Centro de Especialidades Médicas (CEM) que possui um laboratório para leitura e análise das lâminas de prevenção colhidas nas unidades básicas e um ambulatório para consultas e exames especializados com médicos ginecologistas. O discurso a seguir retrata de forma objetiva tal conduta:

Nós fazemos a coleta desse exame preventivo e enviamos para o CEM, o próprio CEM já liga para a unidade de saúde e aí esta mulher já tem essa consulta agendada com o ginecologista lá do CEM, quando vem NIC I, NIC II, NIC III ou alguma alteração como o HPV, eles já ligam antes do resultado chegar a unidade eles já ligam e agendam e aí o que nós fazemos: chamamos o agente de saúde e pedimos que a paciente venha até a unidade para explicar para ela não ir para lá sem nenhuma orientação dizemos que o exame dela deu alterado e a consulta dela já é agendada para o CEM (E.06).

O CEM disponibiliza especialistas diariamente, de segunda a sexta, nos períodos da manhã e tarde que atendem aos casos encaminhados pela evidenciação de alterações

citopatológicas e que necessitam de acompanhamento e tratamento especializados à nível de atenção secundária. Contudo outros mecanismos de encaminhamento também foram citados, em menor número, descrevendo a possibilidade do encaminhamento ocorrer ainda dentro da atenção básica, para a preceptoria de ginecologia, ou diretamente para a atenção terciária dependendo do grau da lesão do colo do útero:

**Por exemplo, depende do grau de alteração pois se é um grau de inflamação, a gente trata coisa que pode ser feito na unidade. Ou se vem uma alteração mais grave a gente indica se tem necessidade de colposcopia, faz o encaminhamento para fazer o exame. Ou se o grau de lesão for ainda mais grave como um NIC III ou carcinoma *in situ* a gente já encaminha para um ginecologista, a gente tem essa vantagem de fazer o acompanhamento tanto com o especialista no CEM ou aqui na preceptoria. Ou quando é um caso como já aconteceu de carcinoma com metástase a gente encaminha logo para a Santa Casa (M.09).**

Através da Preceptoria por Especialidade, como é chamada em Sobral, ressaltamos a importância da aproximação entre os profissionais da atenção primária e os especialistas de diversas áreas, pois proporcionam uma troca de saberes e experiências que apoiam a busca por uma assistência de qualidade ao usuário, família e comunidade.

A qualificação profissional para a melhoria do atendimento não é uma novidade trazida pelo Programa Saúde da Família (PSF), mas reforçada por este modelo. Na experiência deste município, a preceptoria de especialidades iniciou com a pediatria, a clínica médica e a gineco-obstetrícia, seguidas pela psiquiatria. A participação destes preceptores constitui-se como uma estratégia importante para a articulação do trabalho das equipes de saúde da família com os profissionais que atuam na rede de atenção secundária e terciária. Essa atuação contribui de forma bastante eficaz para garantir a qualidade técnica dos profissionais, ajudando-os a construir um novo olhar em uma prática clínica comprometida com as necessidades da população e com os princípios do SUS (SUCUPIRA; PEREIRA, 2004).

Tratando da garantia da integralidade da atenção destacamos também o encaminhamento para a atenção terciária. Neste caso, o serviço de referência para o tratamento e acompanhamento das mulheres com câncer do colo do útero é a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, hospital filantrópico vinculado ao SUS, responsável pela realização dos procedimentos de alta complexidade em oncologia no município.

Apesar dos encaminhamentos terem sido bem referenciados pelos profissionais, verificamos também alusões à falta de mecanismos de registro e controle, já mencionados na

categoria anterior, para promover além da busca ativa o seguimento destas pacientes. As queixas são referentes a falta de informações do que foi recomendado para o tratamento e o acompanhamento em outros serviços de saúde.

**Aí poderia ser feita até busca ativa né por que se tá positivo o laudo chega até a equipe e aí poderia então ter essa busca ativa. Não tem nenhum livro em que você anote os resultados para que você consiga fazer o seguimento desse processo, o livro que possa ser um instrumento que permita isso. Chega um exame vai para o prontuário, anota, fica com a paciente e aí não sei se é feito e como é feito esse controle (M.07)**

Dentre os depoimentos dos profissionais apenas um correlacionou os encaminhamentos ao Centro de Orientação e Atendimento Sorológico de Sobral (COAS) que é referência também para os casos de doenças sexualmente transmissíveis, que diz: **se tiver alguma outra suspeita de alguma doença sexualmente transmissível, alguma coisa, a gente geralmente compartilha o caso com o COAS ou solicita uma avaliação (E.02).**

Levando em consideração a significativa relação encontrada entre as DST e as lesões intraepiteliais do colo do útero e que as mulheres com estas doenças devem ser submetidas à citopatologia mais frequentemente pelo seu maior risco de serem portadoras do câncer do colo do útero ou de seus precursores (BRASIL, 2006c), entendemos que esta relação deveria ser mais bem explorada e utilizada pelos profissionais nas unidades básicas de saúde como forma de disponibilizar para a população um atendimento melhor direcionado e resolutivo.

Em conformidade com o primeiro discurso deste tópico, temos a declaração de E.10 que confirma a necessidade de informação e orientação para as mulheres com resultado de exame alterado afim de evitar a ansiedade e o medo: **a gente faz a orientação e o aconselhamento porque de inicio ela fica preocupada que pode ter algum câncer, alguma coisa neste sentido aí encaminhamos para o CEM dependendo da situação.**

Neste contexto, ressalta-se a importância da boa comunicação e vínculo entre os profissionais de saúde e a população de abrangência. Vínculo este, que garanta seu retorno à unidade, proporcionando segurança, que pode resultar na busca, em sua rede familiar e de amizades, de maior número de mulheres para a realização do exame periódico (FELICIANO; CHRISTEN; VELHO, 2010).

O acometimento por uma patologia é algo que por si só já causa desconforto e insegurança nos pacientes, principalmente quando a doença em questão é um câncer ou uma lesão precursora. As representações sociais relacionadas a esta doença caracterizam-na como

uma ferida que se não tratada pode evoluir para uma forma mais grave e de difícil cura e a busca pela realização do exame preventivo ligada ao medo de contrair o câncer cervicouterino (SILVA *et al.*, 2010). Com isso cabe aos profissionais assistentes orientarem e oferecerem o maior grau de conhecimento possível com o objetivo de esclarecer às usuárias quanto à importância do tratamento e seguimento para a manutenção e qualidade da sua saúde.

A aproximação e o vínculo, proporcionado pela estratégia de saúde da família, concede aos profissionais da atenção básica uma interação muito importante e indispensável ao percurso destas mulheres no sistema de saúde. Porém, para isso é imprescindível que haja uma boa orientação à mulher, uma maior interação profissional-paciente e a operacionalização dos serviços (GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006).

Com isso, seguimos com outra categoria temática que trata da interação entre a ESF e a atenção secundária e terciária relacionada ao tratamento e controle do câncer do colo do útero.

Os discursos apontaram para a *existência de uma boa interação entre os níveis de atenção, porém com déficits na comunicação*. Em relação à interação da atenção primária com os demais níveis de atenção, apesar de apontarem para uma relação positiva pela maioria dos entrevistados, evidenciou também, pontos de vista diversificados levando-se em consideração as experiências e trajetórias particulares dentro das unidades básicas.

**Tabela 5 Dados referentes à interação entre os níveis de atenção à saúde, Sobral-CE, 2014.**

Resposta Profissionais	Não houve posicionamento claro			Total
	Boa	Ruim		
Médicos	07	04	03	14
Enfermeiras	11	03	01	15
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>07</b>	<b>04</b>	<b>29</b>

A Tabela 5 demonstra que grande parte dos profissionais considera que há uma boa relação entre os níveis de atenção em Sobral. Sendo a relação com a atenção secundária, por ser mais frequente, a mais relatada nos discursos. Os fatores que justificaram esta satisfação foram, principalmente, a rapidez em relação ao acesso ao serviço de referência e o contato

promovido pela atenção secundária, via telefone, para a comunicação dos exames alterados e agendamento das consultas com o especialista.

Isso pode ser percebido nas seguintes falas: **eu acho que é boa, sempre a atenção secundária já estava dando a resposta para gente** (E.09); **estes exames que se mostram alterados eles já fazem a vinculação e estes agendamentos destas consultas e ai é por isso que quando chegam os exames aqui na unidade já está com essa consulta agendada** (E.07); **a gente tem um bom vínculo, quando precisa ter uma retroalimentação com um especialista a gente liga, eles ligam para nós, é super facilitada sabe** (E. 09) e **aqui na unidade, os casos que temos tido nós estamos tendo facilidades com o CEM [...] temos acesso ao hospital, temos uma boa resposta dos internamentos [...] não estamos tendo nenhum problema em relação a isso** (M.01).

Apesar de considerarem que há uma boa relação, os discursos apontaram para uma situação que merece atenção: **mas esse vínculo entre a estratégia saúde da família e a atenção secundária é pelo usuário** (E.02) e **com a atenção secundária e terciária a gente faz um vínculo bem mais direto mediado pela paciente** (M.09). Este fato merece destaque, pois nos remete a dúvida de como pode haver uma boa interação sem que haja comunicação direta entre os serviços? O fato de aguardar que a própria paciente faça às vezes de interlocutor das informações entre estes pode comprometer a assistência, pois as informações podem não ter sido claramente assimiladas, como também, inadequadamente transmitidas.

Sendo assim, consideramos que estratégias priorizando a comunicação sejam adotadas para que as condutas sejam transmitidas de forma eficaz entre os profissionais envolvidos para que nenhuma dúvida ou mau entendimento possa comprometer a qualidade da assistência prestada. Mas, para isso, os serviços precisam manter as informações organizadas para que os casos possam ser devidamente reconhecidos e acompanhados.

Outros depoimentos que merecem destaque são: **aqui na unidade quem faz essa parte burocrática é a gerente, ela que liga e faz essa comunicação, pois a demanda aqui na unidade é grande e a gente tem que ficar na assistência** (E.10) e **a pessoa responsável já liga direto para a gerente da unidade e a gerente passa para a enfermeira do território** (E.06).

Os profissionais que atuam na rede básica devem ter o espírito de comprometimento para que suas ações sejam resolutivas e contribuam para a criação de mecanismos capazes de proteger os usuários contra a realização de uma “peregrinação” através dos vários serviços de saúde até encontrar aquele que responda as suas necessidades de atendimento (DEGANI,

2002). Sendo assim, este contato intermediado pode desfavorecer a comunicação entre os profissionais diretamente envolvidos na assistência, pois não permite a discussão sobre a melhor conduta a ser utilizada frente ao contexto em que a paciente está inserida onde tanto os aspectos clínicos, quanto os socioeconômicos e culturais, devem constituir a base para a resolução dos problemas de saúde das usuárias.

Houve ainda os profissionais cujos discursos não deixaram claro como ocorre esta interação, se detendo basicamente a descrever os encaminhamentos: **através dos agendamentos com os ginecologistas do CEM (E.13); eu não sei ao certo, quando tem alguma alteração a gente encaminha para a colposcopia na atenção secundária (M.05); as pacientes são referenciadas para a atenção secundária quando estão com os exames alterados (M.03) e caso alguma vez viesse algum alterado para mim com necessidade de colposcopia e biopsia ai a gente encaminha para o CEM (M.06).**

A seguir vemos as falas das enfermeiras que consideraram que a interação com os outros níveis de atenção é ruim: **a interação é muito deficitária ainda no sistema, não existe sistema de contra-referência entre esses polos de atenção, quando a mulher vai, nós não temos resposta do que fizeram ou qual o seguimento que vai ser feito (E. 12); com a terciária não existe né, não há este *feedback*, não se trabalha mesmo como uma rede de atenção. A secundária ainda é muito limitada [...] não existe aquela troca de informação não existe a integralidade do cuidado (E.03) e não há, as vezes quando há um caso extraordinário é que se faz um contato com nosso preceptor que coincidentemente trabalha no CEM ai ele nos dá um retorno, mais assim, não há esta estratégia (E.15).**

Neste mesmo contexto temos os discursos dos médicos: **praticamente nenhuma, não recebemos contra-referência, se sabemos é pelos próprios pacientes (M.10); não existe, a gente só faz encaminhar mesmo, não tem nenhum retorno não (M.08); não, não acontece (M.07) e não existe interação, não tem retorno das consultas, só se for pedido para a paciente voltar ao PSF para comunicar como foi (M.12).** Esses resultados encontram base na literatura cuja pesquisa de Medeiros *et al* (2010), também evidenciou falhas na contra-referência, comprometendo a continuidade das ações de saúde do serviço, onde somente 24,5 % dos usuários afirmaram ser reencaminhados à unidade de origem.

A garantia de integralidade pressupõe o estabelecimento de ações que permitam a interligação entre os diferentes serviços disponibilizados à população, em seus diversos níveis de atenção à saúde a fim de dar sequencia e resolubilidade as diversas alterações apresentadas nos resultados dos exames, como também, requer a promoção do diálogo entre os atores

sociais envolvidos (SOARES *et al*, 2011; CANIDO *et al*, 2007).

Portanto, para Soares *et al* (2010), pensar a integralidade como prática efetiva para o cuidado envolve a organização dos serviços para atender à população, o comprometimento dos profissionais no desempenho de suas práticas, a consciência que as pessoas têm de si e de seu valor enquanto cidadãos, e o compromisso que o serviço público de saúde deverá ter em defesa da qualidade de vida das pessoas. Os indivíduos e as comunidades devem ter possibilidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde, assim como, acesso à informação e oportunidade de fazer escolhas mais saudáveis (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Em concordância com os autores citados, consideramos fundamental que haja mecanismos por meio dos quais mulheres motivadas a cuidar de sua saúde encontrem uma rede de serviços quantitativamente e qualitativamente capaz de suprir essa necessidade em todo o país.

Segundo os entrevistados as *atividades de educação em saúde ocorrem de forma individual e coletiva* na maioria das unidades de saúde da sede. Os discursos apontam que as atividades individuais são realizadas durante as consultas médicas, de enfermagem, planejamento familiar e especialmente antes da realização do exame preventivo. As coletivas acontecem geralmente nas salas de espera, triagem, acolhimento e grupos diversos como os de mulheres, gestantes, idosos, mães e planejamento familiar.

Como exemplos, trazemos os seguintes relatos: **sim, nas próprias consultas quando a gente identifica as pessoas na faixa etária preconizada pelo Ministério e também no acolhimento que a gente passa a informação e orienta** (E.10); **tanto a gente fala no grupo quanto individualmente tentamos sensibilizá-las** (E.04) e **realizo as atividades educativas na antessala sempre antes de começar a prevenção, sempre faço uma atividade educativa interagindo com elas sobre a importância do exame** (E.06).

Além disso, alguns relatos informaram existir apenas uma destas atividades em suas unidades com prevalência da educação individual realizada principalmente durante as consultas: **durante as próprias consultas** (M.04); **há individuais nas consultas médicas com orientações** (M.10); **é mais fácil ser individual no momento da consulta, coletiva eu acho que não tem não** (M. 08); **sempre eu faço nas consultas e as coletivas eu acho que a unidade faz** (M.13) e **se é feita eu não sei te dizer, infelizmente tem essa distância nas ações que a gente faz né, mas a orientação é feita mais individual mesmo** (M.06).

Estes resultados se mostraram semelhantes ao da pesquisa de Pinho, Jodas e Scochi

(2012), onde em todas as unidades investigadas aconteciam ações educativas, na sua maioria, de forma individual e no consultório, acrescida do fato dos profissionais relatarem dar orientações, no entanto, não sabiam se na sua unidade os outros também o faziam.

Com isso, acrescentamos que alguns relatos dos médicos quando apontaram para a existência de atividades coletivas, o fizeram, atribuindo esta prática aos enfermeiros e agentes comunitários: **são desenvolvidas atividades coletivas, mas quem está participando mais disso são as enfermeiras sabe, mas são feitas por elas. Já as individuais não são feitas não** (M.11); **essa parte de educação com as pacientes, elas são feitas na unidade básica de saúde em alguns momentos como antes de realizar os exames, no momento só está sendo feita pelas enfermeiras, elas sempre fazem esse trabalho** (M.01) e **tem atividade coletiva, mas eu não participo quem participa mais são os enfermeiros e os agentes de saúde** (M.14).

Estes relatos evidenciam mais uma vez uma fragmentação na perspectiva do trabalho em equipe, visto que os profissionais não agregam seus conhecimentos para a promoção de ações multidisciplinares e sim dividem as funções onde cada um faz sua parte para tentar cumprir com as demandas estabelecidas. Sendo que, em alguns casos, como pudemos inferir nos discursos, o profissional não tem nem conhecimento das atividades do outro, apesar de integrarem a mesma equipe de saúde. O que nos leva a concordar com Melo *et al* (2012) na afirmação de que as atividades educativas devem ser elaboradas e praticadas por todos os membros da equipe de saúde da família, já que as usuárias mantêm um contato multiprofissional com as unidades básicas.

Com isso, ressaltamos, a partir do próximo relato, outro tipo de parceria: **individuais e coletivas através de educação em saúde, palestras, os acadêmicos estão sempre falando do exame de prevenção do câncer, a importância deste exame** (E.11), onde chamamos atenção para a importância da aproximação entre as universidades e o campo de atuação profissional.

Por esta razão, consideramos relevantes as parcerias entre serviços de saúde e universidades e/ou escolas e organizações que trabalhem com esse tema e que possam promover a atenção para prevenção do câncer do colo do útero (CASARIN; PICCOLI, 2011). A parceria com estas instituições pode ser bastante produtiva, pois os estudantes se beneficiam por estarem próximos aos profissionais, aprendendo na prática seu futuro ofício e os trabalhadores agregam a disposição e iniciativa destes para realizarem atividades como grupos de educação em saúde.

Tendo em vista que a saúde deva ser pensada como um processo que envolve a vida das pessoas, suas histórias, suas vivências, seus anseios, suas expectativas. E considerando as questões de demanda e necessidades da comunidade, articuladas com a atuação dos trabalhadores de saúde (SOARES *et al*, 2011), destacamos o seguinte discurso: **aqui a gente trabalha com uma metodologia que é chamada de roda do quarteirão que a gente vai para o território, convida aqueles quarteirões mais próximos e a gente sempre trabalha um tema inclusive este já foi um tema que foi trabalhado neste formato** (E.03). Esta foi a estratégia encontrada pela equipe para estar atuando junto a comunidade e trabalhando a educação em saúde de forma inovadora, o que enaltece mais uma vez a necessidade de práticas criativas para alcance dos objetivos propostos.

Poucos discursos informaram a não realização destas atividades: **eu não participei ainda de nenhuma atividade** (M.07). E apenas um discurso apontou para o fato de não haver nenhum tipo de atividade educativa direcionada ao Programa contra o câncer do colo do útero em sua unidade: **não, de jeito nenhum** (E.15). Fato este que pode estar ligado à falta do médico e conseqüente sobrecarga da enfermeira que foi evidenciada exclusivamente nesta unidade da amostra estudada. Percebemos com isso que a falta de profissionais na equipe pode comprometer a realização de atividades consideradas fundamentais dentro da ESF e com isso afetar a qualidade da assistência oferecida.

Este desfalque foi evidenciado também em outra fala, onde a ausência de profissionais suficientes também estava prejudicando as atividades diárias da unidade, demandando um desdobramento dos que estavam em atuação e provocando a supressão de algumas atividades:

**No momento não está sendo desenvolvida, nós estamos com um desfalque de funcionário, estamos com praticamente dois ou três enfermeiros nos territórios então estamos com a demanda um pouco grande e esse espaço de educação e saúde no território a gente não esta podendo dispor no momento, infelizmente** (E. 02).

Quanto ao profissional de saúde, para que ele seja apto a atuar, tenha uma boa interação com a clientela e exerça seu primordial papel de educador, é essencial que receba constante incentivo e capacitação (GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006). Em se tratando dos profissionais, cujos relatos foram apresentados, ficou claro que o incentivo almejado configura o preenchimento dos cargos desfalcados para a possibilidade de disposição de tempo para a realização de todas as ações pertinentes às equipes de saúde da família.

Para caracterizar a necessidade de capacitação supracitada e a realidade vivenciada pelas equipes participantes seguimos com a próxima categoria temática.

Dentre os relatos sobre esta temática, a grande maioria, 11 médicos e 12 enfermeiros, afirmou não ter participado de nenhum curso, capacitação ou treinamento que tenha refletido positivamente em sua atuação no programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero nos últimos dois anos (Tabela 6) evidenciando uma *falta de momentos de capacitação profissional em serviço*.

**Tabela 6** Dados referentes à realização de curso ou capacitação sobre colo do útero, Sobral-CE, 2014.

<b>Resposta</b> <b>Profissionais</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Total</b>
<b>Médicos</b>	<b>03</b>	<b>11</b>	<b>14</b>
<b>Enfermeiras</b>	<b>03</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
<b>Total</b>	<b>06</b>	<b>23</b>	<b>29</b>

Neste caso, alguns discursos das enfermeiras, associaram este fato a falhas no processo de educação permanente realizada no município, onde no processo de planejamento foi sugerido que esta temática deveria ser abordada devido às inovações constantes deste campo de atuação. Os discursos a seguir retratam o fato:

**Não, inclusive no nosso momento de educação permanente a gente teve a oportunidade de dizer o queria que fosse trabalhado nos próximos encontros e este foi um tema que surgiu como necessidade de ser abordado, como o que fazer com as pacientes com exame alterado e coisas do tipo (E.03).**

**Não, infelizmente não e eu acho que seria bem sugestivo isso ser colocado porque só vem inovando a todo ano, a todo momento, sempre com clínicas novas, com queixas novas e a gente tem que estar se reabilitando (E.02).**

**Não, não na verdade faz é tempo que não é oferecido estes cursos para os profissionais de saúde nesta área de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), de prevenção, a pouco tempo a gente solicitou isso na educação permanente (E. 08).**

A educação permanente é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Ela prevê transformar tais situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise

estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere (BRASIL, 2009).

Os processos de educação permanente impõem aos serviços e setores de treinamento/capacitação e de educação permanente das instituições de serviço de saúde a adoção de concepção pedagógica problematizadora, com o propósito de estimular a reflexão da prática e a construção do conhecimento (RICALDONI; SENA, 2006).

Os momentos de educação permanente são considerados importantes instrumentos para melhoria da qualidade da assistência e devem fazer parte do cotidiano de trabalho dos profissionais da atenção primária, pois se configuram como estratégia sistemática e global podendo abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitações (BRASIL, 2009).

Em contraposição, chamamos atenção para o único discurso que afirmou ter participado **há dois anos uma educação permanente, que está sem funcionar há um ano, onde nós fizemos a capacitação na Escola de Saúde e foi uma atualização do exame citopatológico** (E.06). Com base nos demais relatos, acreditamos que possa ter havido engano por parte da participante em relação ao período em que este curso foi oferecido, pois o tempo médio de atuação das enfermeiras na ESF em Sobral foi de 5,4 anos e esta informação apareceu de forma isolada e antagônica as demais.

Houve ainda outros dois discursos que indicaram cursos específicos que contribuíram para seu processo de trabalho referente ao câncer de colo do útero. O primeiro afirmou: **eu fiz um curso de abordagem sindrômica, fiz também um curso de testagem de HIV e Sífilis e isso me ajudou muito** (E.04), cursos estes, que foram oferecidos pela secretaria de saúde no início do ano de 2013, mas que se limitou a apenas uma parcela de enfermeiros da atenção básica. O outro relatou: **sim, o aprendizado vai sempre influenciar positivamente nas condutas** (E.13) onde a capacitação foi referida, porém não especificada.

Em relação aos médicos entrevistados, três afirmaram ter participado de alguma capacitação nos últimos dois anos. Um deles fez a seguinte afirmação: **sim participei** (M.14), mas não discriminou a qual curso fazia referência. Já os outros dois vincularam o processo de capacitação ao curso de Especialização em Saúde da Família que haviam realizado recentemente: **estou fazendo uma especialização em saúde da família agora e estamos vendo em blocos como saúde da criança e da mulher com câncer de mama e câncer de colo** (M.09) e **eu faço o PROVAB<sup>1</sup> né que é um curso de capacitação e especialização em**

---

<sup>1</sup> O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) é uma iniciativa de aperfeiçoamento de médicos na Atenção Básica e provimento de profissionais nas regiões mais carentes, como no interior dos estados e nas periferias dos grandes centros. O programa oferta uma bolsa mensal de R\$ 10 mil, paga diretamente pelo governo federal, e incentivo de 10% nas provas de residência a quem atua durante um ano em periferias de grandes cidades, municípios do

## **saúde da família que acaba abrangendo também este aspecto (M.02).**

O fato dos cursos referidos serem voltados para a atenção primária se mostra bastante benéfico, pois verificamos uma pertinência entre o foco de estudo e a atividade profissional exercida. O processo de atualização é imprescindível ao profissional de saúde, haja vista, a dinamicidade das informações e o crescimento de pesquisas que renovam constantemente as metodologias e recomendações na área.

Esta dinamicidade foi relatada por Carvalho e Queiroz (2010) quando afirmaram que no momento em que as inovações forem compreendidas e introjetadas pelos profissionais de saúde, haverá menores chances de divergências de condutas, erros de diagnósticos e procedimentos inadequados. Ressaltando a importância de que cada dia mais sejam divulgadas as nomenclaturas, normas e condutas preconizadas para o tratamento e controle do câncer do colo do útero.

Sendo assim, capacitar como uma estratégia para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde com o intuito de alcançar a aprendizagem com ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas (BRASIL, 2009), vem incrementar as possibilidades de melhoria na qualidade da assistência. Visto que torna os profissionais mais preparados para a prática diária e os munde de informações que podem ser decisivas e imprescindíveis para a adequada identificação, tratamento e seguimento dos casos deste tipo de câncer.

Os discursos evidenciaram opiniões bem diversificadas a respeito dos *fatores facilitadores e restritivos da assistência na atenção primária* em relação ao Programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero. Levando em consideração as evidenciáveis diferenças, principalmente na parte estrutural e população adscrita das unidades investigadas, atribuímos esta heterogeneidade às diversificadas formas de organização dos processos de trabalho de cada equipe. Dependendo da realidade de cada unidade e das características de cada profissional ora encontramos uma mesma situação sendo apontada como facilitadora ora como restritiva do processo de trabalho.

Os fatores facilitadores mais citados foram: livre acesso; oferta semanal com dias fixos; estrutura física e ambiente adequados; vínculo com as usuárias; proximidade da

---

interior ou em áreas mais remotas. Os profissionais passam por um curso de especialização em saúde da família para melhorar a qualidade do atendimento na Atenção Básica, onde mais de 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos. (<http://189.28.128.100/maismedicos/FAQ%20EDITAL%20PROVAB.pdf>)

população; busca ativa realizada nas unidades; participação e disponibilidade dos enfermeiros para realizar a coleta do exame; ter como atender toda a demanda; população feminina bem conscientizada que busca o exame nas unidades; forma como está organizado o processo de trabalho; apoio dos demais profissionais da atenção básica, assim como, a simplicidade do exame ofertado e sua contribuição para o diagnóstico precoce.

Os fatores facilitadores mais citados referiam-se a forma de organização do processo de trabalho das equipes de saúde. Esta beneficia o programa ao passo que recebe apoio tanto do grupo de profissionais da área quanto da população do território. Ressaltando assim a importância da estruturação do processo de trabalho na atenção primária à saúde para a contemplação do amplo espectro de ações envolvidas no cuidado para a prevenção e controle do câncer cervical.

Para exemplificar e reforçar a importância do apoio entre os profissionais da atenção básica na construção de uma boa assistência destacamos o discurso a seguir:

**Facilitadores, assim, a gente conta com um apoio muito grande dos agentes de saúde, dos outros funcionários do posto, então assim, os agentes de saúde são um elo muito grande com a população e aí muitas mulheres procuram o posto e isso ajuda demais. Tem também o pessoal do NASF e Residência que a gente também pode contar como um apoio para estar repassando nos grupos toda a importância do exame (E.14).**

Chamamos atenção novamente para a importância atribuída aos ACS na construção do processo de trabalho, assim como, dos demais profissionais das unidades que trabalham em associação aos membros das equipes básicas para a prestação do cuidado.

Em relação aos ACS, por conviverem intimamente com a população, favorecem o desenvolvimento de vínculo, obtendo confiança para discutir as representações sociais, individuais e culturais sobre a importância da prevenção contra o câncer uterino (OLIVEIRA *et al*, 2010).

Oliveira, Pinto e Coimbra (2007), reforçam o papel fundamental do ACS para uma assistência efetiva e eficaz, quando referem que a qualidade da assistência prestada às mulheres é alcançada por meio de uma prática humanizada com capacidade de interação que, além do preparo técnico, age com a sensibilidade e intuição.

Campos (2007), alerta para a necessidade de vinculação da clientela com as equipes interdisciplinares e Soares *et al* (2011) destaca a importância da atenção, do cuidado, da escuta e do acolhimento, na formação deste vínculo entre os trabalhadores e usuários.

Assim, o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção do câncer de colo do

útero por parte destes profissionais é fundamental pois são eles que produzem, através de um conjunto de atos, o processo de interação, muitas vezes sem a perspectiva de poder obter ou prever imediatamente seu resultado final, mas que, ao gerar satisfação e efetividade, qualificam o atendimento ao usuário (DEGANI, 2002).

Em relação ao apoio multiprofissional, o discurso de E.14 refere-se ainda à Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que são modalidades que estão inseridas nas unidades básicas de saúde de Sobral desde 1999 e 2008, respectivamente. A Residência é uma atividade específica de ensino de pós-graduação *latu sensu* caracterizada por treinamento em serviço com objetivo de qualificar os profissionais de saúde em sua formação. Enquanto o NASF visa ampliar a abrangência das ações de atenção básica, assim como melhorar a qualidade e a resolutividade da atenção a saúde.

Ainda no tocante aos fatores facilitadores citados, outro discurso merece destaque: **o que vem melhorando é que com a testagem rápida a gente está sensibilizando mais as mulheres em aderir aos exames** (E.04). Esta fala se refere à implantação dos testes rápidos para o diagnóstico de sífilis e HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) na atenção básica que compõe o conjunto de estratégias do Ministério da Saúde para qualificação e ampliação do acesso da população brasileira ao diagnóstico do HIV e detecção da sífilis (BRASIL, 20--?). Correlacionando as estratégias de nível nacional e seu impacto positivo para a melhoria da qualidade da assistência realizada no município pesquisado.

Evidenciamos ainda, dois discursos que afirmaram não haver fatores facilitadores para esta assistência: **eu não vejo nenhum fator facilitador para mim** (E.15) e **não tem fatores facilitadores** (M.12). Estes discursos foram seguidos por uma série de fatores restritivos que na opinião destes entrevistados dificultavam a oferta de uma assistência de qualidade.

Analisando detalhadamente as entrevistas, encontramos alguns fatores, ora sendo referenciados como facilitadores, ora sendo apontados como restritivos. A exemplo disso identificamos referências a respeito da estrutura oferecida, que em algumas unidades foi relatado como componente que beneficiava o Programa, e em outras, esta se encontrava em posição de desvantagem, trazendo problemas e somando-se aos fatores restritivos como veremos mais adiante.

Os fatores restritivos identificados foram agrupados para facilitar a exposição e análise e interpretados segundo a temática a qual se referiam, a saber: aos profissionais, às usuárias e aos serviços.

Sobre os fatores restritivos relacionados aos **profissionais** identificamos: falta de capacitação; acomodação; necessidade de mudança na forma de educar e ensinar sobre a importância do exame e dificuldade na condução dos casos positivos. Neste grupo de restrições vemos como a falta de momentos educativos nos serviços repercute de forma negativa na qualidade da assistência prestada, pois uma vez que fosse ofertada de maneira satisfatória poderia suprimir a maioria destas queixas e repercutir positivamente no empenho do profissional em prestar um bom atendimento. Como exemplo do que foi citado temos:

**[...] capacitar os profissionais para estarem fazendo a busca ativa com estas mulheres. Pois no dia a dia dos profissionais a gente vê que eles terminam se acomodando ficam naquela rotina todo dia, mas a gente tem que tá fazendo isso, eu pelo menos, não sei se é porque me formei agora, mas eu sempre pergunto quando ela fez prevenção mesmo que a queixa dela não tenha nada a ver, eu sempre pergunto (E.09).**

A reivindicação, por parte dos profissionais de saúde, de condições adequadas de trabalho e de seus direitos, deve ser exercida dentro de uma compreensão abrangente de buscar tudo o que estiver ao seu alcance para a defesa da vida, estabelecendo uma cumplicidade mútua entre usuários e profissionais (MEHRY, 1997).

A atuação nesta área deverá ser sempre subsidiada por conhecimento alicerçado em suportes teóricos acerca das lesões precursoras e sua evolução histórica para que se possa oferecer um cuidado para as mulheres de forma segura e profícua (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

Mehry (1997), alerta que de pouco adiantará a correção de procedimentos somente organizacionais e financeiros da área da saúde se o modo de realizar o trabalho e de estabelecer e oportunizar a relação dos profissionais com os usuários “efetivos e potenciais” não for modificado para uma relação mais humanizada e solidária.

Em sequência, identificamos restrições relativas às **usuárias** como: baixo nível educacional das pessoas; falta das mulheres aos exames; dificuldade na adesão das mulheres pela falta de conhecimento; medo de realizar o exame durante a gravidez. Os discursos a seguir reforçam, mais uma vez, a importância do princípio da educação em saúde como eixo estruturante da Estratégia Saúde da Família:

**O desconhecimento da população, muitas mulheres ainda não sabem o que é o câncer de colo uterino, não sabe nem o que é o colo uterino, não sabem os fatores de risco que levam ao câncer o que dificulta também o tipo de doença que a mulher é assintomática a maior parte do tempo, quando se descobre sintomática na maioria das vezes já está bem avançado (M.06).**

**Restritivos são as mulheres mesmo que não querem fazer o exame de prevenção não sei se por medo ou por falta de conhecimento (E.11).**

**O restritivo tem a ver com as mulheres que por mais que estejamos orientando tem mulher que é muito difícil. [...] elas passam muitos anos sem fazer, as vezes elas não tem muito a orientação, [...] então o que dificulta é a falta de adesão delas pela falta de conhecimento da importância deste exame para a saúde delas (M.11).**

Com isso, ratificamos a necessidade de se aprimorar também os momentos educativos voltados para a comunidade com o intuito de informar e orientar a população para que esta tenha cada vez mais instrumentos para buscar a melhoria de sua condição de saúde.

São necessários maiores investimentos em educação, pois isso será capaz de promover inclusão social e produzir resultados favoráveis nos indicadores de saúde mesmo que em médio e longo prazo. Deve-se ainda, ser assumido o compromisso de fornecer de forma equânime a assistência à saúde (MASCARELLO, et al, 2012), assim como, encorajar as mulheres para que na descoberta de qualquer anormalidade possam procurar imediata assistência, que na opinião de Silva *et al* (2010), configura-se em um desafio que precisa ser reconhecido e enfrentado no cotidiano.

Os profissionais de saúde devem contribuir para a questão de como a mulher vê o ato de realizar o exame preventivo e de buscar uma forma de prevenção (SILVA *et al*, 2010). Buscando com isso, a expressão das subjetividades de suas usuárias e contribuindo para a superação de seus medos e de seus anseios, como forma de edificar práticas de saúde preventivas que possam, significativamente, incidir na redução dos índices de morbidade do câncer cérvico-uterino (DANTAS et al, 2012).

É dever destes profissionais assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam a todas às pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. É necessário estimular a população feminina a determinar suas próprias metas de saúde e comportamentos, a aprender sobre saúde e doenças, com estratégias de intervenção e de apoio, com aconselhamentos e supervisão contínua (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Nesse contexto, parece ser de fundamental valor o desenvolvimento de ações que articulem os aspectos educativos, preventivos e assistenciais, voltados à manutenção da saúde. Ações que visem o preparo dos indivíduos para o exercício da cidadania com consciência, pois contar com a participação da comunidade na formulação e implantação de novas políticas de saúde multiplica as possibilidades de sucesso do processo (SOARES *et al*, 2011).

Sobre os fatores restritivos relacionados **aos serviços**, para o qual foram dirigidas o

maior número de referências, vimos apontamentos relacionados à própria unidade básica de saúde e ao Programa de Câncer de Colo do Útero no município.

Direcionados à **unidade** encontramos: falta de estrutura, recursos materiais, equipamentos e profissionais; dificuldade em ofertar mais horários para a realização do exame; excesso de mulheres agendadas para a realização da prevenção; ausência de estratégias para a captação das mulheres; cronograma exaustivo dos profissionais em função do excesso de demanda espontânea; incapacidade de atender todas as pessoas e dia único para realização do exame. A título de exemplificação trazemos os discursos a seguir: [...] **com o cronograma exaustivo a gente tem que limitar o numero de exames para poder ajudar na demanda espontânea (E.10) e [...] a capacidade que a gente não tem de atender a todas as pessoas que a gente só tem uma mesa para a realização do exame na unidade, pelo tamanho da nossa área. Nestes últimos períodos também teve muito problema com relação à falta de material (M.01).**

Já nas relacionadas ao **Programa** identificamos: **falta do feedback entre os vários níveis de atenção (E.03); demora nos resultados (M.12)** e ausência do estabelecimento de uma meta como referido por M.07:

**[...] imagino que como não tem uma organização bem estruturada então, digamos assim, a sua meta é tanto, então eu vou tentar buscar a meta então vou tentar fazer um acompanhamento aqueles que estão faltando, chamar as pessoas que estiverem por ai para completar, para eu alcançar a minha cota.**

Notamos que as restrições atribuídas ao serviço são em grande parte atreladas ao processo organizacional que foi apontado como falho por algumas profissionais. Um aperfeiçoamento no planejamento e organização dos serviços da atenção primária voltados para a prevenção e controle do câncer de colo do útero poderia resolver grande parte dos problemas citados, promovendo assim, o direcionamento adequado da demanda e a estruturação da assistência que culminariam em maior resolutividade nos atendimentos.

Organização esta, que não se refere apenas àquela orientada pelos gerentes das unidades, mas também, aquela relacionada à gestão em saúde com a garantia e manutenção de mecanismos de referência e contra-referência entre as instituições de saúde como forma de dar o suporte necessário aos encaminhamentos para resolução dos casos. Além disso, destacamos a necessidade de vigilância constante e controle dos insumos necessário à manutenção das ações direcionadas ao Programa evitando falta de material e recursos para a garantia da realização das ações e a qualidade da assistência.

Um sistema que não possibilita a fluidez e a interrelação de ações necessárias ente um nível e outro e a retaguarda de ambulatorios especializados, com possibilidade de exames laboratoriais e radiológicos ágeis e próximos do referencial geográfico de seus usuários, obstaculiza a qualidade e a resolutividade como metas a serem alcançadas no atendimento (DEGANI, 2002).

Greewood, Machado e Sampaio (2006), entendem que quanto ao serviço, todos aqueles que, direta ou indiretamente, oferecem atendimento à mulher, devem ser encorajados à constante reavaliação e reorganização do seu desempenho, ressaltando o poder transformador do profissional comprometido com a solução dos problemas.

Neste sentido, o desenvolvimento de estratégias que motivem os profissionais e os usuários a resolver os problemas de saúde passíveis de solução no ambiente da UBS pode colaborar para uma melhor organização do sistema em que os encaminhamentos sejam de tal forma articulados para garantir os efeitos desejados (DEGANI, 2002).

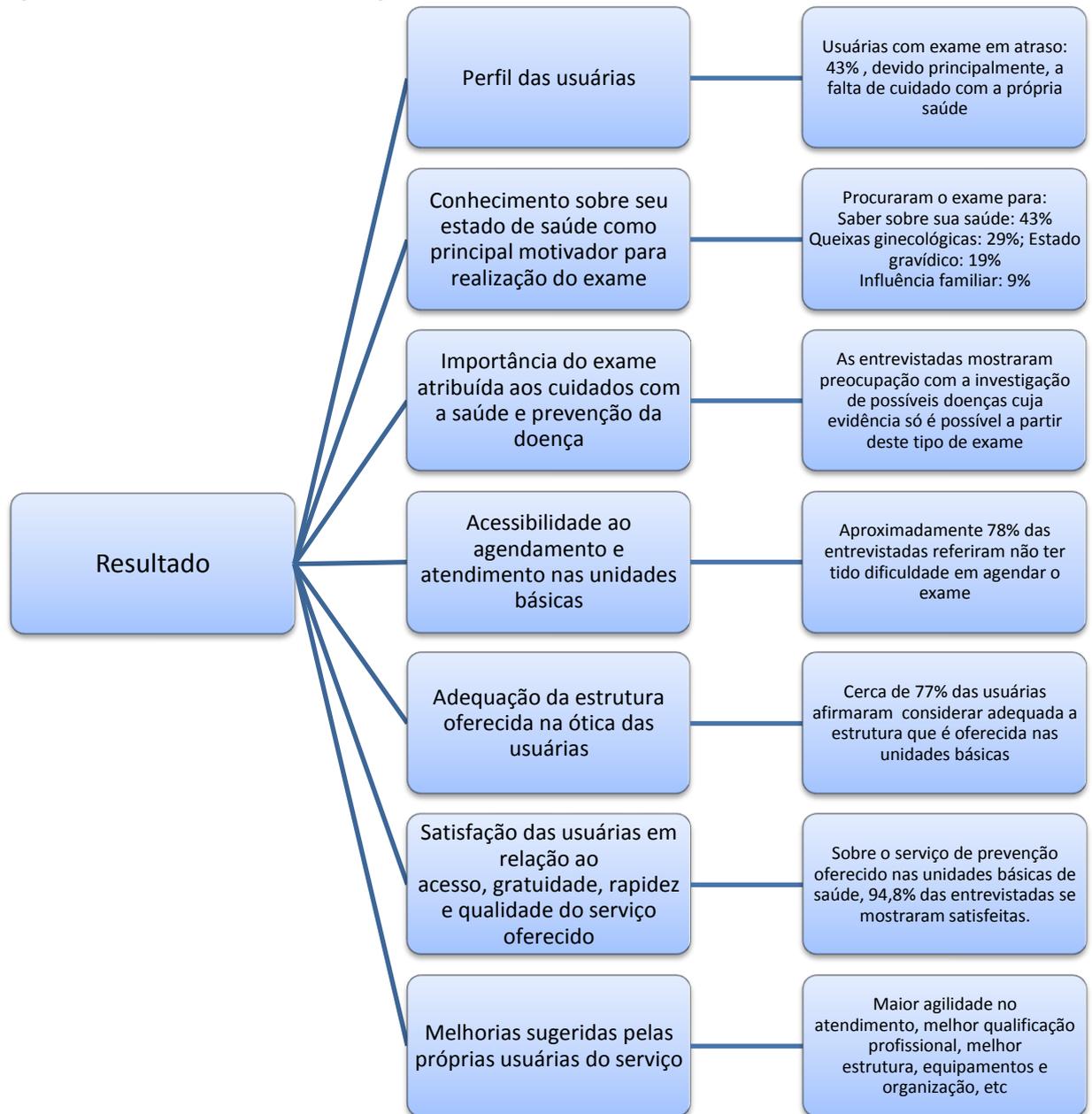
É neste ensejo que exaltamos a necessidade de cooperação conjunta e articulada entre todos os envolvidos no processo para que os casos de câncer cervical sejam precocemente identificados, principalmente na faixa etária preconizada, com o objetivo de promover tratamento adequado e, conseqüentemente, boas condições de vida e trabalho para as mulheres deste município.

Para tal, é preciso o estabelecimento de metas e objetivos claros para a efetivação das ações e uma mobilização mais ativa no sentido de acompanhamento das unidades básicas de saúde frente ao cumprimento das normas e diretrizes do ministério da saúde e seguimento dos protocolos da atenção básica voltados para este tipo de câncer. Oferecendo apoio institucional, capacitação profissional, mobilização populacional e organização dos processos de trabalho interligando e propiciando interação entre as instituições envolvidas na prevenção e promoção da saúde da mulher no município.

### **5.3 Resultado**

Seguindo o modelo da tríade estrutura-processo-resultado, as informações aqui analisadas visaram identificar mudanças relacionadas aos conhecimentos e comportamentos, assim como, a satisfação das usuárias decorrente das ações oferecidas. Estas possibilitaram a construção de categorias que estão representadas na Figura 4 juntamente com a síntese dos principais resultados:

**Figura 4 - Análise do Resultado, Categorias e Sínteses**



Fonte: Primária

Ao traçar o *perfil das usuárias* identificamos que as idades variaram de 18 a 69 anos, média de 31,2 anos. O tempo de residência na área correspondente a unidade básica de saúde variou entre 3 meses e 60 anos com tempo médio de 13 anos e a variação de tempo desde a realização do último exame preventivo foi de 6 meses a 7 anos, média de 2 anos, com exceção das 08 usuárias que haviam realizado o exame pela primeira vez. A média de duração das entrevistas com as usuárias foi de 3,1 minutos.

Evidenciamos que 43,1% das entrevistadas estavam com atraso em relação ao tempo decorrido desde a última realização do exame preventivo, valor este, bem superior ao

encontrado em Florianópolis que foi de 14% (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011). Assim, para estas usuárias, questionamos quais os motivos para a não realização no período recomendado. Os discursos mais citados em ordem decrescente foram: falta de cuidado; falta de tempo; falta de interesse; falta de material; devido o exame anterior não ter dado nada; exame chato de fazer; esquecimento; sentiu muita dor no exame anterior; temporada fora da cidade.

Assim como Silva e Silva (2012), observamos problemas de natureza pessoal na maioria dos casos e estrutural no que diz respeito à falta de material para o exame. Em sua pesquisa os principais motivos foram: o descuido (31%) apontado como a principal barreira para a realização do exame, a falta de aparecimento de sintomas (27%), que uma vez presentes, mudam o caráter de prevenção para diagnóstico do câncer e o fato de não gostarem de fazer o exame (13%).

Com exceção da motivação referente à falta de material todos os demais motivos alegados foram relacionados a uma postura individualizada de falta de cuidado com a própria saúde. A falta de interesse ou esquecimento, por exemplo, remetem para uma escassez de informação a respeito do câncer de colo do útero e suas sequelas. Acreditamos que estratégias que possibilitem maior informação sobre as reais conseqüências da identificação tardia na perspectiva da qualidade de vida e saúde destas mulheres, poderiam alertá-las para a necessidade de vigilância e acompanhamento constantes.

Neste entendimento, Silva e Silva (2012) identificaram que apesar de quase a totalidade das entrevistadas terem ouvido falar do exame de Papanicolau, somente a metade delas foi classificada com conhecimento adequado. Santos, Macedo e Leite (2010) em seu estudo, afirmam que as mulheres investigadas apresentaram um nível de conhecimento relativamente baixo em relação às principais ações de controle para prevenção. Enquanto os resultados da pesquisa de Pinho, Jodas e Scochi (2012), sobre os motivos alegados pelas entrevistadas que nunca realizaram o Papanicolau, apontaram que 43,5% achavam desnecessário, 28,1% sentiam vergonha e 13,7% não realizavam por dificuldades relacionadas aos serviços.

Verificamos que as posturas individuais, frente às relações de auto-cuidado, surgem novamente como fator impeditivo para o seguimento das condutas recomendadas para a prevenção. Suas repercussões negativas apontam para a necessidade de investimentos em políticas de educação em saúde que sejam capazes de promover mudanças nas concepções individuais culminando numa postura de auto-preservação e cuidado, para que pesquisas

como a de Soares *et al* (2010) não identifiquem mais resultados apontando para a falta de conscientização das mulheres sobre a importância da realização do exame pré-câncer para a prevenção e detecção precoce.

Para além das particularidades pessoais, podemos inferir que estas posturas se devem também ao conhecimento popular que historicamente vem sendo reproduzido e que não favorece à mudança na forma de agir e pensar destas mulheres, que não dão o devido valor as ações de prevenção e promoção da saúde, preterindo-as em relação à procura pela assistência à saúde quando já estão doentes (SILVA *et al*, 2010).

Sabemos que a divulgação e disseminação de práticas preventivas estão entre as ações fundamentais da Estratégia Saúde da Família tanto pelos benefícios que promovem à população como pelo fato de diminuir consideravelmente os recursos da saúde destinados para o tratamento de condições de saúde que poderiam ter sido evitadas a partir de práticas de preservação da saúde. Além disso, o benefício social e econômico é bem maior, uma vez que, o custo do tratamento e as consequências da doença em fase avançada são elevados e ameaçadores (LINARD; DANTAS E SILVA; SILVA, 2002).

Posto isso, não negamos os avanços que estão sendo identificados em relação a incorporação destas práticas preventivas na sociedade feminina (SANTOS; MACÊDO; LEITE, 2010), mas apesar disto, vemos que os indicadores poderiam ser ainda melhores se esta incorporação fosse melhor difundida em todos os estratos da sociedade, justificada pela gratuidade deste exame no Brasil e oferta cada vez mais acessível devido à expansão da ESF nos municípios. Expansão esta, representada pelo aumento expressivo no número de famílias acompanhadas no Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB que em 1998 era de 5.464.530 e em 2014 de 26.379.369 (BRASIL, 2014b).

O *conhecimento sobre seu estado de saúde como principal motivador para realização do exame* foi identificado no relato de 43,1% das entrevistadas; 29,3% atrelaram a procura à sintomas e queixas ginecológicas; 19% ao fato de estarem grávidas e o protocolo de pré-natal exigir a realização de tal exame e 8,6% em atenção à indicação e influencia de membros da família e profissionais de saúde.

Neste sentido, ratificamos que a conduta preconizada para a realização do exame citopatológico deve ser oferecido prioritariamente às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual e que a rotina recomendada para o rastreamento é a repetição do exame Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano (INCA, 2011c).

Assim, trazemos as seguintes falas que retratam a motivação das mulheres em relação à necessidade de realizar o exame para atender às rotinas preconizadas: **porque é bom se cuidar, exame de rotina para saber como está (U.10.3); é porque já sou de costume de fazer de ano em ano aí todos os anos eu faço, é normal (U.12.3); para atualizar meu estado de saúde e para deixar em dias mesmo (U.05.4) e hoje acontece muito de dar câncer aí eu procuro porque eu quero saber (U.02.4).**

No estudo de Silva e Silva (2012) as mulheres quando questionadas sobre a procura para o exame colpocitológico (46,7%) declararam que fizeram o exame, independente de queixa clínica, periodicamente, ainda que sadias.

A disseminação do conhecimento sobre saúde, com o auxílio das ações de promoção e prevenção realizadas pela atenção básica, vem promovendo maior controle e participação da população que segundo a Carta de Ottawa, promoção da saúde é definida 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” (WHO, 1986). O fato de a maioria das falas serem referentes ao seguimento das indicações propostas pelo Ministério da Saúde e de quererem saber como está sua saúde, muito engrandece o objetivo da atenção básica de proporcionar informações que auxiliem no processo de prevenção das doenças. Este tipo de atitude favorece a manutenção da saúde da população e diminui o ônus decorrente do processo de adoecimento e tratamento que tanto prejudica o indivíduo nos contextos pessoal, familiar e social.

A prevenção de doenças ou agravos é parte constituinte das ações da APS, como ressalta o Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2014a), afirmando que a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, sendo o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Analisando essa definição, Costa *et al* (2012) afirma que ações preventivas se antecipam à experiência individual de sofrimento. Elas atuam ainda no silêncio dos órgãos e são possíveis porque, com os conhecimentos dos profissionais de saúde, é possível antever riscos ou mesmo reconhecer a doença antes mesmo que ela gere sofrimento. Portanto, a necessidade de uma ação preventiva é ditada a partir do conhecimento dos profissionais e, de certa maneira, ofertada por eles.

Ainda ratificando o pensamento exposto destacamos a seguinte fala: **eu vim pela**

**minha saúde mesmo, saber se eu tenho alguma doença sexualmente transmissível, porque meu marido é sem vergonha... [risos]** (U.08.2) que reforça o conhecimento que as mulheres vêm apresentando sobre seus corpos sinalizando para um maior apoderamento em relação às peculiaridades de gênero e cuidado na preservação da saúde.

Assim como em outros estudos (SILVA, SILVA, 2012; CASARIN, PICCOLI, 2011), identificamos que muitas mulheres procuram o exame Papanicolau devido a necessidade de investigação de sinais e sintomas ginecológicos já estabelecidos. Os principais motivos alegados pelas entrevistadas foram: dor no baixo ventre, inflamação, leucorréia e irregularidade menstrual.

Como exemplos destes discursos trazemos: **dores que estou sentindo no pé da barriga** (U.09.3); **por causa da inflamação que eu tô tendo** (U.10.2); **o que me levou foi um corrimento que eu sinto né! Que é mal cheiroso, coça e atrapalha a qualquer pessoa** (U.05.1) e **porque assim eu passei o mês todo menstruando eu não achei, por mim eu não achei normal ai eu procurei a enfermeira e a enfermeira me orientou a fazer a prevenção** (U.04.5).

A associação entre a existência de sintomas e a procura pelo exame citopatológico desarticula os preceitos de prevenção do câncer ginecológico que preconiza o rastreamento precoce devido o câncer de colo do útero ter início lento e assintomático. Isso nos leva a crer que as mulheres que estão esperando para realizar o exame apenas mediante alguma sintomatologia estão perdendo a possibilidade de rastreamento precoce e se limitando a identificação de alterações já estabelecidas, o que significa que, quanto mais tardiamente identificada, mais difícil é a cura.

Além disso, chamamos atenção também para as expectativas infundadas a respeito da finalidade real do exame em questão. Para tal destacamos a seguinte fala que se refere a necessidade de investigar doenças que em nada se relacionam com o tipo de resultado proporcionado pelo Papanicolau: **eu tô sentindo dor nas urinas todas as vezes que eu tô no banheiro, tomei remédio em casa mesmo e não resolveu, então eu vim no posto para realizar o exame** (U.10.1). Para além da automedicação referida, que nos chama atenção, porém, não é primordial para o tema da discussão que segue, podemos constatar um desconhecimento por parte da usuária a respeito dos objetivos do exame citopatológico e suas finalidades. A presença ou não de alterações no sistema urinário não apresenta correlação com o exame do colo do útero sendo tais patologias identificadas a partir de outros tipos de exames.

Em seguida encontramos referências que apontavam para o fato das usuárias estarem

procurando o serviço de prevenção do câncer de colo devido estarem grávidas e este ser um dos procedimentos preconizados durante o pré-natal. Dentre as falas, temos: **eu não me interessava nem sabia o que era o exame, vim realizar o exame para prevenir alguma coisa em mim e no bebê (U.13.3); eu vim porque estou grávida, aí a enfermeira pediu que eu fizesse (U.08.4); por causa que eu estou gestante né aí ela (enfermeira) disse também que é obrigatório, aí eu também vim hoje porque eu tive tempo né (U.07.4) e porque foi passado pelo médico, porque eu estou gestante, aí ele disse que é obrigatório fazer (U.07.5).**

O Ministério da Saúde em seu Manual Técnico de Pré Natal e Puerpério (2006c) afirma que devem ser realizados exames de colpocitologia oncótica ressaltando que muitas mulheres frequentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal, sendo imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, seguindo as recomendações vigentes.

No Brasil observa-se que, a maior parte do exame preventivo do colo do útero, é realizada em mulheres com menos de 35 anos, provavelmente naquelas que comparecem aos serviços de saúde para cuidados relativos à natalidade. Isso leva a subaproveitar a rede, uma vez que não estão sendo atingidas as mulheres na faixa etária de maior risco (BRASIL, 2006).

Ressaltando a importância da realização do rastreamento do câncer cervical no período gestacional, aproveitamos para reafirmar a necessidade de informação, busca ativa, estabelecimento de um registro e acompanhamento de todas as mulheres, principalmente as que estão na faixa etária de maior risco, para o acompanhamento da sua condição de saúde como rotina de autocuidado e não apenas como exigências de outros Programas desenvolvidos pela APS.

Como última característica identificada neste grupo de discursos, em número de citações, tem-se a motivação relacionada a indicação de uma pessoa de confiança que promove o incentivo à procura pelo exame como forma de desenvolver uma postura de cuidado com a saúde. Destes, apenas um atribuiu esta confiança a um profissional de saúde e os demais a membros da família como vemos a seguir: **foi a enfermeira que me convenceu a vir de novo, eu estou confiando nela para que faça direitinho e que eu não sinta muita dor eu estou confiante (U.09.2); vim realizar o exame porque meu marido disse que é sempre bom fazer para saber se tem alguma coisa de errado (U.12.4); a minha família que mandou eu vir atrás, é a primeira vez aí eu tive que ir, aí eu vim atrás (U.03.4); minha irmã falou que eu tinha que vir, aí eu vim (U.06.2) e só minha mãe mesmo que recomendou para mim vir (U.07.2).**

Com isso destacamos a importância da família e de pessoas influentes no convívio social para a reprodução de práticas saudáveis e que contribuem para a manutenção da saúde da população. Dando ênfase a relação sobre família e saúde Drummond e Drummond Filho (1998 apud Pratta; Santos, 2007) trazem que:

O grupo familiar tem um papel fundamental na constituição dos indivíduos, sendo importante na determinação e na organização da personalidade, além de influenciar significativamente no comportamento individual através das ações e medidas educativas tomadas no âmbito familiar

Apesar de ter sido diretamente constada em apenas um discurso, a influência exercida por profissionais da saúde, que inspiram confiança e ampliam a rede de cuidados, desmistifica em parte, a colocação do Ministério da Saúde (2003) em relação a atuação dos profissionais na comunidade, que dominam diversas técnicas e tecnologias, mas seriam incapazes, em sua maioria, de lidar com a subjetividade e a diversidade cultural das pessoas, não possuindo habilidades necessárias para trabalhar o direito universal à saúde e à informação, a necessidade de ampliar a autonomia das pessoas e lidar com problemas sociais e comportamentais.

Por fim ressaltamos um discurso isolado que apontou para um tratamento prévio de câncer e que alerta para a necessidade de cuidados contínuos e posterior seguimento adequado: **eu vim realizar o exame porque anos atrás fiz tratamento para o câncer, aí de vez em quando aparecem algumas coisa na minha vagina, coceira, bolhas e também porque meu médico disse que eu fizesse de seis em seis meses (U.11.3).**

O câncer de colo quando identificado precocemente tem elevadas possibilidades de cura. O relato acima, além de retratar um caso em que a doença foi devidamente identificada e tratada, alerta para a importância do seguimento e acompanhamento posterior que deve ser contínuo e permanente para a manutenção de sua condição de saúde.

Como vimos nestes resultados, por vezes o que a população feminina necessita é de um estímulo, de algo convidativo e confiável para que não apresentem receio de se submeterem ao procedimento. Os benefícios deste exame, quando realizado da forma convencional, justificam sua realização apesar de possíveis representações sociais que se tenham construído ao longo dos anos e que possam vir a interferir na sua prática. Neste sentido enaltecemos a influência, além dos familiares, dos profissionais da atenção primária, devido o estreito contato proporcionado pela inserção das equipes nas comunidades, que possibilitam orientações com base em critérios científicos que podem ser decisivos na

mudança de algum tabu ou preconceito envolvendo o exame Papanicolau.

A partir deste conjunto de esforços podemos esperar que situações de resistência ao exame devido constrangimento ou desconhecimento de sua importância junto à prevenção do câncer (CASARIN; PICCOLI, 2011) fiquem cada vez mais isolados da realidade da grande maioria das mulheres deste município.

O maior número de referências expõem a opinião sobre a *importância do exame foi atribuída aos cuidados com a saúde e prevenção da doença*. As usuárias entrevistadas mostraram preocupação com a investigação de possíveis doenças cuja evidência só é possível a partir deste tipo de exame.

Para exemplificar trazemos os seguintes relatos: **a importância maior é pelo câncer, que muitas mulheres estão tendo, tem até óbito né, geralmente por causa disso, do câncer do útero (U.12.3); é importante para a mulher detectar algum tipo de problema precocemente, se houver, e para prevenir, ter instruções para a saúde da mulher (U.05.4); pra mim é importante porque a gente sabe como é que está por dentro né. Porque a gente nunca sabe, fisicamente é uma beleza, mais por dentro a gente não sabe como a gente está (U.06.1); para saber se tiver alguma doença, pra gente resolver logo no começo (U.06.2) e acho que todas as mulheres, a partir que começa a ter relação sexual já é importante, para prevenir sobre doenças e tudo mais (U.08.1).**

Estas falas nos remetem ao que esperamos, enquanto profissionais da atenção primária e da saúde em geral, que fosse de conhecimento amplo a importância da informação a cerca da saúde da mulher, a necessidade do rastreamento para detecção precoce a partir do início da atividade sexual e a ciência de que se trata de uma doença de início assintomático e curso prolongado com altas chances de cura se tratamento adequado.

Voltando ao estudo de Silva e Silva (2012), eles encontraram que (53,4%) mulheres relataram a necessidade da prática do exame, entretanto, (41,7%) informaram que o exame é muito importante, mas ainda encontramos mulheres (4,8%) que acham pouco necessária a realização do exame Papanicolau.

Além do referido anteriormente, é válido ressaltar alguns discursos que nos chamaram atenção por peculiaridades que merecem discussão. Segundo U.10.4: **é para minha saúde para prevenir o câncer e outros tipos de infecção e o que eu gostei muito do atendimento é que ela propõe que a gente faça outros dois tipos de exames que é o da sífilis e do HIV que não dá para saber fazendo só a prevenção**. A valorização dos momentos de educação em saúde se dá a partir do momento que estes servem para contribuir ou até transformar

opiniões sobre os cuidados com a saúde. Com isso ressaltamos o valor do repasse das informações de maneira produtiva que possam refletir positivamente nas condições de saúde da população embasadas no conhecimento das principais doenças que incidem em determinada localidade proporcionando rastreamento direcionado e resolutivo. Caracterizando a importância de proporcionar na atenção primária mecanismos pelos quais possamos agilizar os diagnósticos e proporcionar tratamento evidenciando a importância da inserção dos testes rápidos nas unidades básicas de saúde.

A incorporação da educação em saúde às práticas da ESF representa o empenho da equipe de saúde que busca reconhecer a realidade da população, dar a devida atenção às suas necessidades sociais em saúde, em sua área de abrangência, além de atentar para a discussão entre si e a gestão (OLIVEIRA *et al*, 2013). Onde a prática social de construção de conhecimento em saúde pode contribuir para a autonomia das pessoas no seu cuidado, desde que estabeleça troca de conhecimentos e se configure como ato de criar e transformar a realidade, importante referência para possibilitar as mudanças das condições de vida e de saúde. (ALVES; AERTS, 2011)

Seguindo com os discursos destacamos: **é importante que a gente, como um doutor da televisão falou, que a gente faça o exame uma vez no ano embora não sinta nada, mais é preciso [...] as vezes tem um começo de um problema, ta entendendo? Que a gente só sabe quando aquilo dá reação né, quando as vezes não tem mais jeito (U.12.2) e é importante a pessoa vir fazer de ano em ano, eu vejo na televisão que a mulher tem por direito de fazer então eu vim (U.10.1)**. Mais uma vez evidenciamos a importância dos meios de comunicação na divulgação de informações importantes para a ampliação da acessibilidade na saúde. Uma vez identificados seus direitos, as usuárias podem recorrer melhor aos mecanismos disponíveis que favoreçam sua saúde e que permeiam as situações de direitos e deveres dos cidadão em nossa sociedade.

Nesta linha de informação o discurso a seguir demonstra conhecimento sobre práticas saudáveis, porém, valoriza mais os mecanismos de detecção do que os de prevenção das doenças: **eu acho assim, que é muito importante para eu saber se tenho alguma doença, alguma coisa né, justamente porque não tenho parceiro fixo e as vezes não uso camisinha aí eu fico com medo né (U.04.2)**. Uma vez que a utilização de mecanismos que evitem a transmissão de doenças, neste caso a camisinha, não são devidamente valorizados, resta apenas a opção de identificar posteriormente se alguma doença se instalou para proceder com o tratamento.

Ainda em relação à prevenção vimos mais dois discursos que informaram o seguinte: **pra eu engravidar (U.07.3) e porque previne se eu tiver com alguma doença aí já me alerta para mim poder traçar logo, ficar grávida (U.07.5)** que apontam para a importância de se manter os cuidados com a saúde principalmente no que concerne às ações que envolvem a pré-concepção para garantia de uma gestação sem intercorrências evitáveis.

Por fim, o seguinte discurso revela: **hoje eu estou me envolvendo com outra pessoa [...] então eu quero primeiro olhar com é que eu estou para me envolver com ele. Eu sabendo do jeito que eu estou, se alguma coisa acontecer eu sei que não fui eu (U.12.1).** Com isso, destacamos também para a atenção que vem sendo direcionada pela população para prevenção das doenças. Seja qual for a motivação inicial, é importante sabermos que as iniciativas que vem trabalhando com as práticas de prevenção da doença e promoção da saúde reverberam junto a população cujos esforços estão sendo empreendidos com o objetivo de evitar que as doenças aconteçam.

Aproximadamente 78% das entrevistadas referiram não ter tido dificuldade em agendar o exame de prevenção nas unidades básicas de saúde da sede, configurando a *acessibilidade ao agendamento e atendimento nas unidades básicas*. Dentre os discursos identificamos referências ao bom atendimento, bom relacionamento com os profissionais e agilidade na realização do exame. A exemplo temos: **acho que ela me atendeu muito bem, que aplica os métodos de teoria porque ela procura saber se a gente está se sentindo bem, como a gente quer sentar, cada produto que está usando na gente, ela explica tudo (U.10.4); cheguei aqui às sete horas e só tem duas pessoas na minha frente que é por ordem de chegada (U.10.1); foi muito rápido, eu vim hoje e hoje já deu certo (U.02.4).**

Já as referências sobre as dificuldades encontradas envolveram: remarcações sucessivas, falta de material e consequente suspensão dos exames e reduzido número de pessoas atendidas por dia. Para exemplificar trazemos: **tive dificuldade, quando eu tentei fazer não tinha material, aí só consegui para hoje (U.06.3); quarta-feira eu vim, mas não deu certo, já tinha seis pessoas, assim eu acho pouco o numero de pessoas para suprir a unidade são muitas pessoas [...] deveria ter mais vagas porque são muitas pessoas que necessitam e ser mais ágil né (U.13.1) e hoje está com quatro vezes que eu venho e não dá certo não sei porque. Ora é uma reunião, ora não era naquele dia, aí as agentes de saúde diz pra gente o dia mais num dá certo. Até falei que não venho mais porque estão me fazendo de besta já (U.11.1).**

Queixas como estas também foram identificadas em outros estudos como o de Degani

(2002) onde a demanda espontânea, sem agendamento, deixava algumas usuárias sem atendimento, sendo sugerido para tal que houvesse uma triagem dos excedentes para identificação das que poderiam ser reagendadas e das que apresentavam necessidade de atendimento mais rápido garantindo a justiça na distribuição da atenção à saúde e seus benefícios ente a população. O estudo de Melo, *et al.* (2012) relata uma experiência de Atenção Primária em que há uma possibilidade das consultas serem marcadas por livre demanda, respeitando-se o limite de vagas de que cada profissional dispõe. Mas também alguns participantes reconheceram dificuldades, os horários e dias disponibilizados pelo serviço.

Mais uma vez destaca-se a necessidade de organização de serviço nas unidades básicas para ordenação das demandas e garantia de acesso e qualidade dos atendimentos oferecidos à população. Sendo necessário uma análise particular de cada realidade a partir da demanda e da estrutura disponível para a tomada de decisão que seja viável a nível de processo de trabalho dos profissionais e atendimento satisfatório das mulheres que necessitam realizar o exame.

Dente as respostas, 77%, apontaram para *a adequação da estrutura oferecida na ótica das usuárias*. Dos discursos favoráveis destacamos os seguintes: **eu acho, porque se não fosse boa num é possível eles fazer exame nas pessoas com uma coisa já errada né, com uma coisa suja ou não adequada, que não desse certo para o exame né (U.13.2); sim; porque é tudo limpinho, o material é limpinho (U.05.2) e antes de fazer a prevenção as meninas mostram todos os aparelhos e tudo, é descartável, bom (U.04.2).**

As respostas negativas, apesar de em menor número, expuseram situações que em parte são de responsabilidade da gestão e em parte da própria organização de serviço interno das unidades básicas. Vejamos: **eu acho que não, o ambiente é muito pequeno, muito apertado, deveria ser um quarto mais adequado, maior (U.09.2); não totalmente, precisa um maior cuidado na higiene das roupas (U.11.4); os aparelhos ser mais inovados, as camas ser mais inovados porque aqui e desde muito tempo, faz muito tempo e é os mesmos aparelhos, mesma cama, mesma estrutura, eu acho que deve melhorar né, pra favorecer a população mesmo (U.13.1); mais ou menos porque eu acho errado a gente ta fazendo exame de prevenção e aqueles pessoal fica entrando, batendo na porta, eu acho que o certo e ser só você e a enfermeira (U.03.1) e não porque fica as duas pessoas na sala aí você faz o seu exame ali mesmo, não tem nenhum biombo pra pelo menos separar (U.08.3).**

Os fatores negativos relacionados à estrutura, sob a ótica das usuárias destes serviços, alertam para a importância associada a esse fator e como uma má estrutura, prejudica a aceitação dos pacientes em realizarem tal procedimento. Neste sentido, as falas das participantes que discorreram sobre privacidade condizem com um estudo realizado por Soares e Agnol (2011) onde é relatado o sentimento de pacientes cuja privacidade é retirada por estarem em atendimento num serviço de saúde e refletem afirmando que nas observações dos cuidados diretos ou indiretos, realizadas pelos enfermeiros e equipe, “chamava atenção a forma automatizada como muitas dessas ações ocorriam, bem como o incisivo foco na doença e em procedimentos técnicos”. Nesse sentido: "o paciente apresenta suas queixas, conta sua história e oferece seu corpo como palco. A partir daí, passa a ser plateia, esperando ansiosamente pelo desenrolar de um enredo do qual já não mais participa ativa e autonomamente" (SERINO, 2001 apud SOARES; AGNOL, 2011)

Esse cenário nos faz refletir sobre a importância da ética durante as nossas atuações quando assistimos a algum paciente. De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007) e a Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007) a privacidade do paciente constitui-se em uma obrigação ético legal que deve ser respeitadas nas comunicações orais ou escritas, não apenas nas interações mantidas entre o paciente e a equipe de enfermagem, mas, com os demais trabalhadores que participam do cuidado, assim como com seus familiares. É dever profissional da equipe de enfermagem defender o paciente em todas as circunstâncias durante a realização dos cuidados, garantindo sua privacidade e o resguardo de sua autonomia.

Verifica-se que o número de equipes da ESF em Sobral vem aumentando juntamente com o crescimento populacional na cidade, porém este crescimento não vem sendo acompanhado nas mesmas proporções pelo número de unidades básicas de saúde. O fato de o aumento no número de unidades de saúde não ser diretamente proporcional ao incremento no número de equipes acarreta a insuficiência estrutural e esta, por sua vez, gera improvisos e adaptações que podem comprometer a qualidade do programa oferecido e da assistência prestada às mulheres.

Entretanto, ressaltamos que a falta de salas ou materiais não justificam a ruptura do profissional com a responsabilidade de preservar e respeitar a privacidade das pacientes durante as consultas ou procedimentos. Situação esta que acarreta uma série de prejuízos no âmbito da confiança e vínculo que deve haver entre os membros das equipes de saúde e os usuários.

Sobre o serviço de prevenção oferecido nas unidades básicas de saúde, 94,8% das entrevistadas se mostraram satisfeitas. De forma geral os discursos apontaram para a *satisfação das usuárias em relação ao acesso, gratuidade, rapidez e qualidade do serviço oferecido*.

A seguir temos alguns discursos que ilustram a afirmativa anterior: **tô, porque aqui fica mais fácil da gente procurar porque é mais perto de casa ai fica mais fácil para gente** (U.09.2); **eu estou, porque a gente não tem dinheiro suficiente pra pagar consulta, tá entendendo?** (U.12.2); **sim, porque a enfermeira ela é uma pessoa que tem muita instrução ela esclarece bem as duvidas dos pacientes ela tem a formação bem boa e de uma forma acessível, quem tiver querendo fazer a prevenção pode vir e procurar a unidade aqui que vai ter os dias específicos para fazer a prevenção, sem dificuldade** (U.05.4); **com certeza, porque eles oferecem né porque eles estão cuidando da saúde da gente, se a gente não se interessar a si própria quem vai se interessar pela gente? Eles tão dando a maior chance né** (U.03.1).

As exceções foram três discursos onde dois se posicionaram como parcialmente satisfeito. E apenas uma usuária se colocou como não satisfeita. As falas das parcialmente satisfeitas foram: **satisfeita nos temos que estar porque é a única que tem por aqui pois se for fazer em outro lugar a gente tem que pagar ai é o jeito fazer essa daqui mesmo** (U.09.3); **mais ou menos, pois fiz o exame e tava com corrimento, mas não deu nada. Ai não sei se fizeram corretamente mesmo o exame** (U.01.3). Já a afirmação da não satisfeita foi: **não, tem que ter preferência para gestantes no agendamento** (U.01.2).

Em um estudo semelhante visualizou-se que a avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde é de grande importância para a ESF. Assim, a qualidade e competência dos profissionais de saúde, bem como a necessidade de uma adequada estrutura física para que se possa prestar atendimento com resolutividade são elementos significantes nesse processo. Diante do exposto, vale lembrar que, quando satisfeitos, os usuários tendem a aderir e participar de propostas que os levem ao auto cuidado. Nesse mesmo estudo, também identificou-se um elevado grau de satisfação dos usuários da estratégia nas áreas estudadas, havendo uma clara associação desta satisfação com a oferta dos serviços na proximidade de suas residências (SELKE *et al*, 2010)

Ao avaliar o efeito de uma política de saúde no desempenho dos serviços e na situação de saúde da população é preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados à política de saúde, aos serviços de saúde (estruturas, recursos humanos e processos) e ao

estado de saúde e às necessidades das populações (DONABEDIAN, 1996; SHAW; TUNSTALL; SMITH, 2003; VIACAVA et al., 2004).

A avaliação dos serviços deve estar vinculada a opinião e crítica daqueles que fazem uso deles, que no caso, são os usuários. Devendo-se reconhecer e valorizar sua dimensão subjetiva, não apenas por uma questão ética, mais levando-se em consideração que em toda relação está sempre o outro e que só se desenvolvem relações éticas quando se vê o outro como interlocutor válido e como agente social das próprias mudanças por meio da reflexão consciente e compartilhada do problema. (DIAS; RAMOS e COSTA, 2010).

As *melhorias sugeridas pelas próprias usuárias do serviço* permearam situações que não se mostraram favoráveis dentro do serviço de prevenção e controle do câncer de colo do útero na atenção primária. Envolveram desde ações de responsabilidade direta dos profissionais e da unidade de saúde especificamente até problemáticas de governância da gestão municipal e que necessitam ser demandadas por gestores hierarquicamente superiores aos gerentes locais.

Dentre as principais sugestões das usuárias identificamos: menor tempo entre o agendamento e a realização do exame, maior agilidade no atendimento e no recebimento dos exames, menos aprendizes na sala, maior qualificação profissional para um melhor atendimento, estrutura e equipamentos melhores, melhor organização e higiene do serviço, aumento no número de profissionais e disponibilidade de vagas diárias para o exame.

Em relação à redução de espera entre o agendamento e a realização do exame, uma maior agilidade no atendimento e no recebimento dos exames e a disponibilidade de vagas diárias para o exame surgiram as falas: **o atendimento, se você quiser marcar uma prevenção que seja agendado para no máximo uma semana aproveitar que você esta disposta a fazer. Por que tem muita gente que desiste porque chega aqui e o atendimento e lento (U.09.1); contratar mais pessoas para o atendimento ser melhor, porque as vezes é muita pessoas e pouco profissional (U.10.3); eu acho assim que deveria ter mais vaga assim mais vagas tipo assim mais pessoas durante o dia, mais dias assim porque aqui a prevenção é só na sexta-feira eu acho que devia ter dois dias na semana (U.02.2);**

**Eu acharia que se pudesse ser mais rápido, por que assim, a gente só vai receber daqui a vinte dias, trinta dias, o exame. E poderia ser diagnosticado mais rápido, principalmente se eu tiver algum problema. Então , eu acho que se esse exame pudesse ser entregue com mais facilidade, com mais rapidez, seria bem melhor (U.08.4).**

**Abrir mais vagas, porque tem pessoas que não pode, assim, só tem um limite *excedido* (acho que ela queria falar, cedido) pra pessoas**

**que vem, entendeu? Por exemplo, tem só pra cinco pessoas. É pra ser pra mais pessoas, entendeu? Porque tem gente que falta o trabalho pra poder vim. E às vezes nem dá tempo. Não é agendado antes é no mesmo dia, é por ordem de chegada (U.07.5).**

A demora no atendimento revela uma desconsideração com a fragilidade e sofrimento do usuário e desrespeito aos direitos de cidadão, além de impossibilitar sua autonomia para seus afazeres cotidianos, resultando em um círculo vicioso, que tem início na fila para obtenção de fichas para agendamento de consulta e quando consegue ultrapassar essa barreira, depara-se com a segunda, que é a espera para realização de consultas (DEGANI, 2002).

A autora acima complementa que com a necessidade da extensão do horário de atendimento para 24 horas, como também, a abertura do serviço nos finais de semana e a mudança de horário de agendamento na distribuição de fichas, já que atenderia as necessidades das mulheres que trabalham em horário comercial. Complementando essa referência, temos que o acesso ao atendimento básico, quando facilitado e ágil, pode estimular as mulheres a procurarem os serviços de saúde (CASARIN; PICCOLI, 2011).

A esse respeito, Medeiros (2010) cita Camelo *et al.* (2000) que chama a atenção para o fato de que não é o bastante agendar a consulta, realizar um determinado procedimento técnico, perguntar sobre a queixa e orientar. É preciso mais. A qualidade do atendimento ao usuário implica em comunicar disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudá-lo a descobrir alternativas para seu problema. Quando falamos em resolutividade do serviço precisamos pensar em agir, procurar solucionar os problemas relatados pelos usuários seja na própria Unidade ou através do encaminhamento a outro serviço, quando necessário for.

Referente a presença de estudantes/aprendizes na sala, constatamos as seguintes discussões: **não, nenhuma (sugestão), acho que tá de bom tamanho. Agora assim, só o chato é que quando tem muito estagiário, uns cinco, entram de uma vez e querem fuxicar demais a gente, aí que acaba a gente tendo um desconforto e nem querendo mais procurar (U.08.2); não tenho nada a dizer. Só não gosto quando tem muito aprendiz na sala. Acho até que melhorou porque tem exame no posto e antes não tinha (U.11.2); este serviço, eu queria assim, que eles vê que é muito errado você tá na sala e ficar entrando gente, entrando e saindo (U.03.1).**

A presença de estudantes na sala de exames deve ser de consentimento da paciente, já que sua privacidade deve ser respeitada, como também, a mesma tem que se sentir confortável para que seu corpo seja exposto. Como afirma o novo Código de Ética Médica, que traz no capítulo XII, artigo 110, a seguinte afirmação: "É vedado ao médico praticar a

medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado" (CFM, 2009).

Em uma pesquisa sobre a prática docente-assistencial, no qual se indagava a opinião dos pacientes sobre serem atendidos por estudantes, a grande maioria dos pacientes acharam bom (69,5%) ou não se incomodavam (26,7%) e apenas (3,1%) pacientes, todas do sexo feminino, responderam que não gostariam de ser atendidos por alunos. As justificativas nesse grupo foram baseadas na demora do atendimento, no constrangimento causado pelo número de alunos presentes na consulta e na falta de confiança do paciente no aluno (GERKEN *et al.*, 2013).

Em relação a qualificação profissional para um melhor atendimento e aumento no número de profissionais, surgiram as seguintes falas: **um bom atendimento né, e um médico especializado né, que o serviço fique bem feito é isso (U.12.2); o que precisa melhorar é que o exame é feito pela enfermeira e acho que quem deveria fazer é o médico (U.13.5); que o atendimento fosse melhor, as vezes a gente vem no posto e não consegue nada, que tivesse mais atendimento, mais médico mais enfermeira (U.09.3); bom, até agora estou satisfeita com a qualidade do serviço daqui, as vezes, assim, esta estória dos médicos não vim deixa a desejar, mas o resto tá bom (U.05.3).**

Sobre isso, em outro estudo, no que concerne às sugestões expostas pelas mulheres, 44% sugeriram a presença do médico ginecologista. Isso é uma realidade, pois devido à ausência do médico especialista há uma sobrecarga no trabalho do enfermeiro que realiza as ações de competência médica e de enfermagem, sendo que as mulheres necessitam de consulta médica específica (SANTOS; MACÊDO; LEITE, 2010). Em complementação temos a pesquisa de Degani (2002) que retrata que a necessidade de uma atenção especializada em alguns casos, para a integralização do atendimento, pode resultar numa espera de meses até anos.

Colocando em foco questões de natureza estruturais e de organização do serviço, as usuárias citaram que: **a minha sugestão é essa, tem que melhorar no caso a higiene (U.02.3); eu fui bem tratada, só achei errado a questão de não terem avisado a gente que tinha faltado material e a gente ficou só vindo, andando de janeiro pra cá pra poder remarcar (U.06.1);**

**Talvez seja questão de organização administrativa mesmo, da equipe, a forma como é abordado as pessoas, no caso eu sou um profissional ai tenho facilidade de conversar com outro profissional, mas no caso de outra pessoa que não teve tanta, como se diz, que não teve instrução, vai ter um pouco de dificuldade, é**

**só mesmo questão de acessibilidade né? Tem muita dificuldade não, só administrativa (U.05.4).**

No estudo de Medeiros et al (2010), dentre as sugestões surgiram: melhoria da área física, da quantidade de profissionais e da oferta de alguns procedimentos. É certo que, até mesmo os profissionais, atores em cena, precisam de condições de trabalho e instalações adequadas para efetuar um acolher digno e de qualidade.

A conscientização e formação do senso crítico devem fazer parte do usuário dos serviços de saúde como forma a complementar e contribuir com a qualidade da assistência ofertada. A presença do usuário no sistema de saúde tende a ser acompanhada de um processo complexo, pois o mesmo deve ser visto de forma integral, assim como, deve opinar sugerir e criticar os serviços que estão sendo oferecidos.

Em relação, especificamente, ao serviço de prevenção pode-se inferir que, ao sair do atendimento bem orientada, a mulher não somente retornará para receber o seu resultado, como se transformará em um agente multiplicador em sua comunidade (GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006).

De acordo com Medeiros *et al* (2010) os usuários, ao procurarem a Unidade de Saúde, esperam que o trabalhador, individual ou coletivamente, possa responder resolutivamente ao seu problema e que o conjunto das ações de saúde lhe tragam benefícios, além das expectativas de que as ações sejam efetivas e os satisfaçam. É preciso mais politização dos usuários, para que o efetivo controle social se estabeleça através de reivindicações firmes e organizadas, sendo esta participação o engate para que a unidade possa oferecer um acolhimento pleno, centrado na satisfação das necessidades e na conscientização do gestor das suas obrigações, de prestar uma assistência digna e da melhor qualidade, além de favorecer simultaneamente a construção de uma sociedade mais consciente de suas responsabilidades com a saúde e seus direitos, contribuindo para a modificação positiva do perfil sócio-sanitário do seu espaço social.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou a avaliação do programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero na atenção primária em um município localizado no nordeste do estado do Ceará que se constitui como uma referência nacional em Saúde da Família. Proporcionou o conhecimento a respeito da estrutura das unidades básicas de saúde, do processo de trabalho dos profissionais diretamente envolvidos e dos resultados da assistência sob a ótica das usuárias.

O contato com todos estes dados permitiu a avaliação dos fatores envolvidos na prestação do cuidado que poderão subsidiar a análise e planejamento das ações voltadas para a saúde da mulher e o amadurecimento dos serviços do SUS no nosso país.

A análise da estrutura do programa de prevenção de câncer ginecológico nos permitiu considerar, os recursos físicos, materiais e humanos envolvidos na prestação do cuidado oferecido à população e discutir a necessidade de implementações para melhoria das ações de forma direcionada à realidade identificada.

De forma geral a estrutura que é oferecida proporciona as condições básicas para o desenvolvimento de ações de qualidade para a prestação do cuidado na prevenção e controle do câncer do colo do útero. Porém as inadequações identificadas têm que ser consideradas pela gestão em saúde, uma vez, que mesmo de maneira pontual, podem estar afetando alguns processos de trabalho e interferindo negativamente nesta assistência.

O provimento de condições adequadas de infraestrutura é essencial para garantir a qualidade das ações prestadas, visto que a disponibilidade de recursos estruturais mantém estreita relação com a satisfação dos profissionais de saúde e dos usuários do serviço. Assim afirma Donabedian (1985), que uma boa estrutura deve significar a probabilidade de um bom desempenho nas áreas de processo e de resultados.

Os relatos dos profissionais da atenção básica evidenciaram que o processo de trabalho no controle deste tipo de câncer ocorre de forma secundária as demais atividades e programas desenvolvidos na ESF. Indicaram, em sua maioria, não haver registros adequados, nem ações específicas ou programadas para tal finalidade. As ações eram, muitas vezes, associadas às necessidades de outros programas como o pré-natal, por exemplo, cujas ações eram mais valorizadas e perseguidas pelos mesmos, devido principalmente, sua maior visualização e conseqüente cobrança por parte da gestão. Com isso, não pretendemos desmerecer o empenho das equipes em manter a qualidade de determinados programas, porém, acreditamos que os

esforços devam ser empreendidos de forma equânime para o planejamento e execução das ações, respeitadas suas devidas proporções e demandas dentro das comunidades.

As informações obtidas através das entrevistas com os profissionais suscitaram algumas considerações com relação as atividades realizadas dentre as quais destacamos: aprimoramento organizacional visando o registro e possibilidade de identificação e busca ativa das mulheres para a realização do exame preventivo, processo de planejamento das atividades com base em dados confiáveis e atualizados onde o exame e a consulta ginecológica possam ser oferecidos ao maior número possível de mulheres, estabelecimento de horários alternativos para melhoria do acesso, disponibilização de momentos de aperfeiçoamento e capacitação profissional na área e maior comunicação entre os profissionais das unidades de saúde e destes com a atenção secundária e terciária.

Os processos de comunicação sejam eles verbais ou escritos são fundamentais para a qualidade na promoção da saúde. Esta comunicação deve se iniciar em nível local onde exista uma conexão entre os profissionais de saúde e a população no sentido de ofertar informações necessárias a manutenção da saúde e prevenção de doenças e se estender a toda a rede de serviços de saúde para possibilitar o atendimento integral as necessidades de saúde das mulheres.

Para melhoria no processo de trabalho das equipes apostamos que investir em ações que beneficiem uma maior resolutividade nos atendimentos e um aperfeiçoamento organizacional para o fortalecimento as ações e planejamentos na saúde poderemos vislumbrar o alcance das metas estabelecidas para o município.

A análise dos resultados proporcionou a caracterização do perfil das usuárias revelando uma média de idade de aproximadamente 31 anos, um tempo médio de residência na área de 13 anos, uma média do tempo decorrido desde a realização do último exame preventivo de 2 anos e um percentual de 43% das entrevistadas referiu estar com o exame em atraso. Cujos principais motivos alegados foram: falta de cuidado; falta de tempo; falta de interesse; falta de material; devido o exame anterior não ter dado nada; exame chato de fazer; esquecimento; sentiu muita dor no exame anterior; temporada fora da cidade.

A rotina de cuidados envolvendo a saúde da mulher foi a principal motivação que levou as usuárias (43%) a procurarem o serviço de prevenção na unidade básica de saúde, porém alertamos ainda para a existência de um percentual importante de mulheres (29%) cuja motivação principal foi o reconhecimento e tratamento das causas das queixas ginecológicas. Esta informação nos alerta para o fato de que muitas mulheres ainda não assimilaram da

forma esperada os benefícios deste exame no âmbito da prevenção do câncer cervical. Este fato, por sua vez, reforça a necessidade de se prestigiar cada vez mais os momentos de educação em saúde junto a comunidade visto esta compor parte estruturante da Estratégia Saúde da Família, porém se vê, muitas vezes, preterida em função da grande demanda pela assistência médica frente às doenças já instaladas.

A ESF, em suas bases conceituais, surgiu justamente a partir de um movimento para a mudança do modelo de atenção centrado na doença para um modelo mais abrangente e que beneficiasse o indivíduo como um todo, trabalhando as situações cotidianas e transformando-as para o benefício da manutenção da saúde das pessoas. Sendo assim, e a partir de dados concretos, podemos visualizar a necessidade de se reestruturar as dinâmicas das unidades de saúde no intuito de resgatar e reforçar os benefícios da assistência extramuros, ou seja, aquela que não se limita ao espaço contido nos consultórios, mais sim, aqueles espaços que transcendem tais estruturas e conseguem alcançar todas as pessoas, de todas as idades. Nesta pesquisa, onde cerca de 9% das falas ressaltaram as orientações oriundas dos meios de comunicação em massa, dos profissionais e dos familiares, vimos tal necessidade ser enaltecida e privilegiada, onde pudemos identificar o quanto uma orientação bem direcionada pode sim mudar pensamentos e promover conhecimentos que beneficiem as práticas saudáveis de preservação do bem estar.

Esta pesquisa nos proporcionou identificar também que, por vezes, o que a população feminina necessita é de um estímulo, de algo convidativo e confiável para que não apresentem receio de se submeterem ao procedimento, uma vez que o sistema de saúde primário de Sobral oferece, de forma geral, condições favoráveis para uma assistência de qualidade em que a maioria das usuárias (78%) não referiu dificuldade em agendar o exame de prevenção, semelhantes 77% afirmaram considerar adequada a estrutura que é oferecida e praticamente todas as usuárias (94,8%) se mostraram satisfeitas com o serviço de prevenção oferecido nas unidades básicas de saúde.

Esperamos que as informações positivas que foram expostas anteriormente possam servir como estímulo para manutenção da parcela de dados favoráveis, entretanto o que deve funcionar como instrumento no qual a gestão e os profissionais devam se debruçar são as informações que alertam para as inadequações do serviço e que de forma pontual ou não podem estar afetando significativamente a qualidade da assistência prestada. Dentre elas chamamos atenção mais uma vez para a desarticulação de alguns processos organizativos que permitem as remarcações sucessivas, a falta de material com conseqüente suspensão dos

exames, a oferta de exames que não atende a demanda da comunidade e a demora no recebimento dos resultados.

Como limitações deste estudo, destacamos o fato de retratar apenas a realidade vivenciada nas unidades de saúde da sede, não tendo sido possível estender às unidades dos distritos. Assim como, focou apenas um dos programas da ESF, no caso, o de prevenção do câncer ginecológico, que apesar de uma análise abrangente, suscita a necessidade de se estender este tipo de avaliação aos demais programas com o propósito de ampliar a melhoria da qualidade da assistência. Com isso procuramos estimular uma cultura de avaliação que promova ações concretas de correção das deficiências e inadequações, como também, a busca da excelência da APS no Brasil.

Países em crescimento como o Brasil precisam avançar em determinados setores para concretizarem as conquistas e para obterem reconhecimento internacional. Assim, a manutenção de altas taxas de mortalidade feminina devido o câncer de colo do útero, uma doença de fácil diagnóstico e cura, quando identificado precocemente, sugere um cuidado precário com a saúde da população o que pode interferir negativamente nos índices de desenvolvimento nacional.

Estudos desta natureza auxiliam no processo de avaliação que devem ser promovidos de maneira contínua por parte da gestão municipal para identificação e correção de situações que possam estar interferindo de maneira negativa na qualidade da assistência prestada. Esta verificação poderá servir para embasar o processo de planejamento local onde os esforços e recursos poderão ser direcionados às áreas onde inadequações foram identificadas, evitando possíveis desperdícios relacionados às ações errôneas baseadas apenas em suposições.

Acreditamos também que estudos desta natureza possam alertar profissionais, gestores e população de que o óbito em mulheres pelo câncer de colo uterino é evitável e que repercute de forma muito negativa nos indicadores municipais de saúde. Assim como, esperamos que esta avaliação possa subsidiar os gestores municipais na tomada de decisão quanto aos investimentos financeiros e logísticos para superação das dificuldades encontradas.

## 7 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, I. M. N.. **Análise da atenção primária à saúde da sede de Sobral, Ceará a partir da Teoria de Sistemas**. 2010. 109f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2010.

ALBUQUERQUE, I. M. N.; *et al.* Avaliação da Qualidade da Assistência dos Profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral-CE. **Relatório Final de Pesquisa CNPQ**. [Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA] 2008.

ALVES, G. G., AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**. vol. 16, n. 1, p. 319-25, 2011.

BIM, C. R.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; PREVIDELLI, I. T. S. Diagnóstico precoce do câncer de mama e de clo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, vol. 44, n. 4, p. 940-6, 2010.

BORBA, P. C. et al. O que falta na luta contra o câncer de colo uterino? **Diagn Tratamento**, vol. 15, n. 4, p. 198-202, 2010.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**, vol. 41, n. 1, p. 150-3, 2007.

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. de. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev Saúde Pública**, vol. 44, n. 2, p. 318-24, 2010.

BOTARI, C. M. S. **Câncer cérvico-uterino como condição marcadora**: uma proposta de avaliação da atenção básica. 2007. 74f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução 466/12**. Brasília: 2013.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/conheca\\_dab.php](http://dab.saude.gov.br/conheca_dab.php)>. Acesso em: 28 de abril de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**: ilustrada. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Cadastramento Familiar [Internet]. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFBR.DEF>>. Acesso em: 03 abril 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) [Internet]. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 20 novembro 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Pré Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 20??. 18 p. (no prelo)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde**: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, DF: Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União 2006**; 28 mar.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica; Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama n. 13. Série A. **Normas**

e **Manuais Técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. de S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr., 2007.

CANIDO, R. E.; CARVALHO, G. M. de; MERIGHI, M. A. B.; MARTINS, A. A. Avaliação do programa de prevenção do câncer do colo uterino e de mama no município de Paranapanema, Estado de São Paulo, Brasil. *O mundo da saúde*, vol. 31, n. 3, p. 375-83, 2007.

CARVALHO, M. C. M. P.; QUEIROZ, A. B. A. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. *Esc Anna Nery* (impr), vol. 14, n. 3, p. 617-624, jul./set. 2010.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. E. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo-RS. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, n. 9, p. 3925-32, 2011.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 311/2007**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Acesso em: 06 mai. 2014. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007\\_4345.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html)>.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n. 381/2011**. Acesso em: 15 out. 2013. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3812011\\_7447.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3812011_7447.html)>.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1931/2009. Código de Ética Médica. Acesso em: 06 mai. 2014. Disponível em: <[10/04/2012http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm)>.

COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, M. M.; KANTORSKI, L. P. *et al.* Structural Evaluation – Process of user access to a family health unit. **R. pesq.: cuid. fundam. online**, vol. 2, n. 3, p. 1095-1107, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/591>>. Acesso em: 29 set. 2013.

COSTA, M. C. G. et al. As ações do serviço de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo. **Rev. bras. educ. med. [online]**. Rio de Janeiro, vol. 36, n. 1, p. 57-63 jan./mar. 2012. Acesso em: 06 de maio 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200008&lng=pt&nrm=iso).

COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. 302p.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc. [online]**, vol. 20, n. 4, p. 961-70. 2011. Acesso em: 06 de maio 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013)

DANTAS, C. N., ENDERS, B. C., SALVADOR, P. T. C. O., ALVES, K. Y. A. A consulta de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino para mulheres que a vivenciaram. **Rev Rene**, vol. 13, n. 3, p. 591-600, 2012.

DEGANI, V. C. **A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde**. 2002. 197f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

DESLANDE, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, vol. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

DIAS, M. B. K.; TOMAZELLI, J. G.; ASSIS, M. de. Rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil: análise de dados do Siscolo no período de 2002 a 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol. 19, n. 3, p. 293-306, jul./set. 2010.

DIAS, O. V.; RAMOS, L. H.; COSTA, S. M. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, vol. 1, n. 1, p. 11-26, jul./dez., 2010.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford; 2003

,

\_\_\_\_\_. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, vol. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

\_\_\_\_\_. The effectiveness of quality assurance. **Int J Qual Health Care**, vol. 8, n. 4, p.401-7, 1996.

\_\_\_\_\_. The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: an Illustrated Analysis. **Health Administration Press**, Ann Arbor, MI. 1985.

\_\_\_\_\_. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, vol. 20, n. 6, p. 975-92, 1992.

DUAVY, L. M.; BATISTA, F. L. R.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, J. B. F. A percepção da mulher sobre o exame preventivo de câncer cérvicouterino: estudo de caso. **Ciênc Saúde Coletiva**, vol. 12, n. 3, p. 733-42, 2007.

DUARTE, H. S. J. et al. Fatores de risco para câncer cervical em mulheres assistidas por uma equipe de saúde da família em Cuiabá, MT, Brasil. **Cienc. enferm.**, Concepción, vol. 17, n. 1, p. 71-80, 2011.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FELICIANO, C.; CHRISTEN, K.; VELHO, M. B. Câncer de colo uterino: realização do exame colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. **Rev. Enferm. UERJ**, vol. 18, n. 1, p. 75-9, 2010.

FONSECA, A. J. et al. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, vol. 32, n. 8, p. 386-92, 2010.

\_\_\_\_\_. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 21, n. 3, p. 519-27, jul./set. 2012.

FONSECA, L. A. M.; ELUF-NETO, J.; WUNSCH FILHO, V. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil, 1980-2004. **Rev Assoc Med Bras**, vol. 56, n. 3, p. 309-12, 2010.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FRENK, J. Avedis Donabedian, M.D., M.P.H. 1919-2000. **Salud Pública de Mexico**, vol. 42, n. 6, p. 556-7, 2000.

GASPERIN, S. I.; BOING, A. F.; KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 7, p. 1312-22, jul, 2011.

GERKEN, I. B.; ANDRADE, C. S.; LOPES, F. B.; RIBEIRO, M. M. F. Conhecimento e opinião de pacientes sobre prática docente-assistencial. **Rev. bras. educ. med. [online]**, vol. 37, n. 1, p. 66-71. 2013. Acesso em: 06 mai. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022013000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000100010&lng=pt&nrm=iso)>.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, C. V. et al. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 5, p. 2501-10, 2011.

GREENWOOD, S. A.; MACHADO, M. F. A. S.; SAMPAIO, N. M. V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.14, n. 4, jul./ago. 2006.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. da (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades@ Sobral-CE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 01 mar. 2013.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. **Estimativa 2010**: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil / Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer do colo do útero**. Elaborado pela Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica em abril de 2011.

LEOPARDI, M. T. Metodologia da Pesquisa na Saúde. 1. ed. Santa Maria: Ed. Palloti, 2002.

LIMA, A. P.; TEIXEIRA, R. C.; CORRÊA, A. C. P.; OLIVEIRA, Q. C. de. Câncer de mama e de colo uterino no período gestacional: uma revisão de literatura. *Cienc Cuid Saude*, vol. 8, n. 4, p. 699-706, out./dez. 2009.

LINARD, A. G.; DANTAS E SILVA, F. A.; SILVA, R. M. da. Mulheres submetidas a tratamento para câncer de colo uterino: percepção de como enfrentam a realidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol. 48, n. 4, p. 493-8, 2002.

LIRA, R. C. M. **Participação Masculina na opção pela esterilização feminina a partir do discurso das mulheres: ocultamento de uma ideologia?** 2002. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú/ Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral, 2002.

MACEDO, M. H. H. A.; SILVA FILHO, A.L.; MAGALHÃES, I. M. Q. S. Prevenção de câncer de colo uterino: desafios de uma década. **Com. Ciências Saúde**. 22 Sup 1: S121-S128, 2011.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Cien Saude Colet**, vol. 12, n. 3, p. 765- 76, 2007.

MASCARELLO, K. C.; SILVA, N. F.; PISKE, M. T.; VIANA, K. C.; ZANDONADE, E.; AMORIM, M. H. C. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial. **Rev Bras Cancerol.**, vol. 58, n. 3, p. 417-426, 2012.

MEDEIROS, F. A.; ARAÚJO-SOUSA, G. C. de; BARBOSA, A. A.; COSTA, I. C. C. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública**, vol. 12, n. 3, p. 402-413, 2010.

MEHRY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo – Buenos Aires: Hucitec – Lugar Editorial, 1997.

MELO, M. C. S. C. de; VILEA, F; SALIMENA, A. M. O.; SOUZA, I. E. O. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o cotidiano da atenção primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, vol. 58, n. 3, p. 389-398, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. Ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 308 p.

MONTEIRO, L. O. A.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I. C. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública - RAP**, Rio de Janeiro, vol. 39, n. 2, p. 327, mar./abr. 2005.

NAKAGAWA, J. T. T.; SCHIRMER, J.; BARBIERI, M. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Rev Bras Enferm**, vol. 63, n. 2, p. 307-11, 2010.

NUNES-SILVA, M. et al. A música para indução de relaxamento na Terapia de Integração Pessoal pela Abordagem Direta do Inconsciente – ADI/TIP. **Contextos Clínicos**, vol. 5, n. 2, p. 88-89, jul./dez. 2012.

OKAGAWA, F. S.; LICHAND, C. C.; INNOCENZO, M. de. Métodos de Avaliação de Qualidade, segundo referências de Donabedian, na Saúde da Mulher. 16º SENPE Ciência da Enfermagem em tempos de interdisciplinaridade, 19 a 22 de jun. 2011, Campo Grande MS.

OLIVEIRA, C. M. **Existe câncer cervical HPV negativo?** 2011. 160f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Doenças Infecciosas e Parasitárias, São Paulo, 2011.

OLIVEIRA, M. B. *et al.* Educação em saúde como prática de Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. vol. 14, n. 5, p. 894-903. Acesso em 06 mai 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/791>>.

OLIVEIRA, I. S. B. PANOBIANCO, M. S.; PIMENTEL, A. V.; NASCIMENTO, L.C.; GOZZO, T. O. Ações das Equipes de Saúde da Família na Prevenção e Controle do Câncer de Colo de Útero. **Cienc. Cuid. Saude**, vol. 9, n. 2, p. 220-27, abr./jun. 2010.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C.; COIMBRA, V. C. C. Potencialidades no atendimento integral: a prevenção do câncer do colo do útero na concepção de usuárias da estratégia saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol. 15, n. 3, mai./jun.2007

OLIVEIRA, W. M. A.; BEZERRA, A. L. Q. Autoavaliação da Estratégia Saúde da Família por Enfermeiros. **Rev. enferm. UERJ**, vol. 19, n. 1, p. 20-5, jan./mar. 2011.

PARADA, R. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Rev. APS**, vol. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.

PINHO, M. C. V.; JODAS, D. A.; SCOCHI, M. J. Profissionais de saúde e o Programa de Controle do Câncer do colo uterino e mama. **Rev Enferm UFSM**, vol. 2, n. 2, p. 242-51, mai./ago. 2012.

POPE, C. MAYS, N. **Métodos qualitativos na pesquisa em saúde**. In: Pope C, Mays N, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Editora Artmed, 2005.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol. estud.**, Maringá, vol. 12, n. 2, ago. 2007.

REIS, E. J. F. B. dos. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar. 1990.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. de. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol. 14, n. 6, 2006.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 3, p. 765-774, 2012.

SANTOS, M. S.; MACÊDO, A. P. N.; LEITE, M. A. G. Percepção de usuárias de uma unidade de saúde da família acerca da prevenção do câncer do colo do útero. **Rev. APS**, vol. 13, n. 3, p. 310-19, 2010.

SCHNEIDER, A. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** 2. ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009. 48p.

SELKE, D. *et al.* Atendimento à saúde e estrutura física de unidades de Estratégias de Saúde da Família: Manifestações de Usuários. In: XI Salão de Iniciação Científica PUCRS. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). 2010. Acesso em: 08 mai. 2014. Disponível em: <[http://www.pucrs.br/edipucrs/XISalaoIC/Ciencias\\_da\\_Saude/Enfermagem/83275-DAIANE\\_SELKE.pdf](http://www.pucrs.br/edipucrs/XISalaoIC/Ciencias_da_Saude/Enfermagem/83275-DAIANE_SELKE.pdf)>.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 53, p. 81-92, set./dez. 1999.

SHAW, M.; TUNSTALL, H.; SMITH, G. D. Seeing social position: visualizing class in life and death. **Int J Epidemiol**, vol. 32, n. 3, p. 332-5, 2003.

SILVA, F. V. da; PATRÍCIO, A. C. F. A.; ALVES, K. L. *et al.* Queixas de idosos usuários de estratégias de saúde da família em João Pessoa - PB. In: III Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 13-15 jun. 2013, Campina Grande PB.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SILVA, M. R. B.; SILVA, L. G. P. Knowledge, attitudes and practice in the prevention of cervix cancer among basic health unit west – RJ. *R. pesq.: cuid. fundam. Online*, vol. 4, n. 3, p. 2483-92, jul./set. 2012.

SILVA, S. E. D. da; VASCOCELOS, E. V.; SANTANA, M. E. de; *et al.* Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. **Rev Esc Enferm USP**. Vol. 44, n. 3, p. 554-60, 2010.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S. dos; COSTA, J. S. D. da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, jan./fev. 2001.

SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev Bras Enferm**, vol. 63, n. 2, p. 177-82, 2010.

SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, vol. 32, n. 3, p. 502-8, 2011.

SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. vol. 14, n. 1, p. 90-96, 2010.

SOARES, M. U.; PINTO, B. K.; THUMÉ, E. A percepção dos trabalhadores sobre as condições do ambiente de trabalho na atenção básica. 3º Seminário Internacional sobre o

trabalho na enfermagem. Biossegurança no Trabalho da Enfermagem: perspectivas e avanços, 11 a 13 de ago. 2011, Bento Gonçalves RS.

SOARES, N. V.; AGNOL, C. M. D. Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. Universidade Federal de São Paulo, vol. 24, n. 5, 2011.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Saúde e Ação Social. **Relatório de Avaliação do pacto pela Saúde 2010-2011**. Sobral, 2012.

SUCUPIRA, A. C. S. L.; PEREIRA, A. A preceptoria na residência em Saúde da família. **Sanare**, ano V, n. 1, jan./fev./mar. 2004.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc.**, São Paulo, vol. 20, n. 4, p. 927-34, 2011.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M.. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol. 18, n. 6, p. 1561-69, 2002.

VALE, D. B. A. P. do; MORAIS, S. S.; PIMENTA, A. L.; ZEFERINO, L. C. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 26, n. 2, p. 383-90, fev. 2010.

VIACAVA F., *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Rev Ciênc. Saúde Coletiva**, vol. 9, n. 3, p.711-24, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

ZAPPONI, A. L. B.; MELO, E. C. P. Distribuição da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero segundo regiões brasileiras. **Rev. enferm. UERJ**, vol. 18, n. 4, p. 628-31, 2010.

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Vanessa Mesquita Ramos, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC/Campus Sobral, estou desenvolvendo a pesquisa: **Avaliação da qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do câncer do colo do útero na atenção primária a saúde em Sobral-CE.**

Seu objetivo central é avaliar a qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do Câncer de Colo do Útero na Atenção Primária à Saúde em Sobral-CE. Assim gostaria de contar com sua participação autorizando-me a entrevistá-lo, enquanto gerente da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Sua colaboração será muito importante para a realização desta pesquisa. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus a sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes.

Informo, ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar seu consentimento;

- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da assistência na Estratégia de Saúde da Família;

- Responder a este formulário não trará risco pra você. Entretanto, caso se sinta constrangida em alguma informação interromperemos a mesma.

- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no endereço: Rua Dona Maria Tomazia, 827 – Centro – Sobral/CE. Telefone: (88) 3611-2307. Podendo procurar também o Comitê de Ética em Pesquisa ao qual este trabalho foi submetido localizado na Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150 - Derby - Sobral/CE Derby, Sobral-CE. Telefone: (88) 3677-4255.

Desta forma espero contar com sua participação e autorização para divulgação dos resultados.

Atenciosamente,

---

**Vanessa Mesquita Ramos**  
**Pesquisadora**

---

### CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da entrevista da pesquisa: **Avaliação da qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do câncer do colo do útero na atenção primária a saúde em Sobral-CE** e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar esse consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2013

---

**Assinatura.**

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Vanessa Mesquita Ramos, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC/Campus Sobral, estou desenvolvendo a pesquisa: **Avaliação da qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do câncer do colo do útero na atenção primária a saúde em Sobral-CE.**

Seu objetivo central é avaliar a qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do Câncer de Colo do Útero na Atenção Primária à Saúde em Sobral-CE.

Assim gostaria de contar com sua participação na realização de uma entrevista respondendo a questionamentos que dizem respeito ao seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Sua colaboração será muito importante para a realização desta pesquisa. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus a sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes.

Informo, ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar seu consentimento;

- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da assistência na Estratégia de Saúde da Família;

- Responder a este formulário não trará risco pra você. Entretanto, caso se sinta constrangida em alguma informação interromperemos a mesma.

- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no endereço: Rua Dona Maria Tomazia, 827 – Centro – Sobral/CE. Telefone: (88) 3611-2307. Podendo procurar também o Comitê de Ética em Pesquisa ao qual este trabalho foi submetido localizado na Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150 - Derby - Sobral/CE Derby, Sobral-CE. Telefone: (88) 3677-4255.

Desta forma espero contar com sua participação e autorização para divulgação dos resultados.

Atenciosamente,

---

**Vanessa Mesquita Ramos**  
**Pesquisadora**

---

### CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da entrevista da pesquisa: **Avaliação da qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do câncer do colo do útero na atenção primária a saúde em Sobral-CE** e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar esse consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2013

---

**Assinatura.**

### APÊNDICE 3

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Vanessa Mesquita Ramos, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – UFC/Campus Sobral, estou desenvolvendo a pesquisa: **Avaliação da qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do câncer do colo do útero na atenção primária a saúde em Sobral-CE.**

Seu objetivo central é avaliar a qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do Câncer de Colo do Útero na Atenção Primária à Saúde em Sobral-CE.

Gostaria de deixar claro para a Senhora, que essas informações são sigilosas, não falarei para ninguém e, principalmente, seu nome, não será em nenhum momento divulgado. Caso se sinta constrangida você terá o direito de pedir para interrompê-la, sem causar qualquer mudança no seu atendimento.

Os dados obtidos serão somados com outros dados que permitirão o alcance dos objetivos propostos na pesquisa, sempre respeitando o caráter confidencial do seu nome. Pretendemos com essa pesquisa, obter informações sobre a qualidade da assistência prestada na Estratégia de Saúde da Família de Sobral-CE.

Informo, ainda, que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar seu consentimento;

- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da assistência na Estratégia de Saúde da Família;

- Responder a este formulário não trará risco, dano ou ônus pra você. Entretanto, caso se sinta constrangida em alguma informação interromperemos a mesma.

- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no endereço: Rua Dona Maria Tomazia, 827 – Centro – Sobral/CE. Telefone: (88) 3611-2307. Podendo procurar também o Comitê de Ética em Pesquisa ao qual este trabalho foi submetido localizado na Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150 - Derby - Sobral/CE Derby, Sobral-CE. Telefone: (88) 3677-4255.

Desta forma espero contar com sua participação e autorização para divulgação dos resultados.

Atenciosamente,

---

**Vanessa Mesquita Ramos**  
**Pesquisadora**

---

#### CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da entrevista da pesquisa: **Avaliação da qualidade da assistência prestada às mulheres para prevenção e controle do câncer do colo do útero na atenção primária a saúde em Sobral-CE** e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar esse consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2013

---

**Assinatura**

## APÊNDICE 4

### ROTEIRO DE FORMULÁRIO DA ESTRUTURA DAS UBS

CSF: \_\_\_\_\_

<b>PLANTA FÍSICA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Há sala de espera com bancos para sentar		
2. Existe sala de exame (consultório) individual		
3. A sala possui condições de higiene e ventilação adequadas		
4. O consultório dispõe de pia para lavar as mãos		
5. O consultório dispõe de banheiro		
6. O consultório dispõe de iluminação adequada para o desenvolvimento das atividades		
7. Há sistema para regular a temperatura ambiente (ventiladores, ar condicionado, etc.)		
8. Há, na unidade, local disponível para realização de atividades de educação em saúde		

<b>RECURSOS MATERIAIS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Mesa e cadeiras		
2. Mesa ginecológica		
3. Escada de dois degraus		
4. Mesa auxiliar		
5. Foco de luz com cabo flexível		
6. Biombo ou local reservado para troca de roupa		
7. Cesto de lixo		
8. Espéculo de tamanhos variados - pequeno, médio, grande e para virgem		
9. Balde com solução desincrostante em caso de instrumental não descartável		
10. Lâminas de vidro com extremidade fosca		
11. Espátula de Ayre		
12. Escova endocervical		
13. Par de luvas para procedimento		
14. Pinça de Cherron		
15. Avental/ camisola para a mulher		
16. Lençóis		
17. Formulário para requisição de exame citopatológico – colo do útero		

<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. As coletas dos exames preventivos são realizadas por médicos e enfermeiros		
2. As coletas dos exames preventivos são realizadas apenas por médicos		
3. As coletas dos exames preventivos são realizadas apenas por enfermeiros		

4. Há profissionais de outras categorias realizando coleta de exames preventivos		
5. As consultas ginecológicas são realizadas por médicos e enfermeiros		
6. As consultas ginecológicas são realizadas apenas por médicos		
7. As consultas ginecológicas são realizadas apenas por enfermeiros		
8. Há profissionais de outras categorias realizando consultas ginecológicas		

## APÊNDICE 5

### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADA AOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DAS EQUIPES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA ZONA URBANA DE SOBRAL

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° da entrevista \_\_\_\_\_  
Horário do início: \_\_\_\_\_ Horário do término: \_\_\_\_\_  
Categoria Profissional: (    ) Médico (    ) Enfermeiro  
Tempo de graduação: \_\_\_\_\_  
Tempo de atuação na ESF: \_\_\_\_\_  
E no município: \_\_\_\_\_  
Possui alguma especialização/pós-graduação? Qual: \_\_\_\_\_

- 1) Você está satisfeito com a estrutura oferecida para a realização dos exames de prevenção do câncer de colo do útero? Porque?
  
- 2) Que estratégias são utilizadas para a informação e captação das mulheres na faixa etária priorizada para a realização do exame preventivo?
  
- 3) Existe algum mecanismo de controle para identificação e busca ativa das mulheres com este exame em atraso?
  
- 4) Nos casos de resultados de exames com alguma alteração qual a conduta dentro da unidade básica de saúde?
  
- 5) Como ocorre a interação entre a ESF e a atenção secundária e terciária relacionada ao tratamento/controlado do câncer do colo do útero?
  
- 6) São desenvolvidas atividades educativas, individuais ou coletivas, quais?
  
- 7) Nos últimos 2 anos você realizou algum curso, capacitação ou treinamento que tenha refletido positivamente em sua atuação no programa de prevenção e controle do câncer de colo do útero?
  
- 8) Quais os fatores facilitadores e restritivos da assistência na prevenção e controle do câncer do colo do útero na atenção primária?

## APÊNDICE 6

### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA APLICADA AS USUÁRIAS DAS UNDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA ZONA URBANA DE SORAL

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

Nº da entrevista \_\_\_\_\_

Horário do início: \_\_\_\_\_

Horário do término: \_\_\_\_\_

CSF: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Tempo de residência na área: \_\_\_\_\_

Última vez que realizou o exame: \_\_\_\_\_

\*Se estiver em atraso perguntar por que não retonou no tempo recomendado

\_\_\_\_\_

- 1) O que a levou a procurar a unidade para realizar o exame de prevenção?
- 2) Na sua opinião qual a importância da realização deste exame?
- 3) Você teve dificuldade para agendar este exame? Qual(is)?
- 4) Você considera adequada a estrutura que é oferecida nesta unidade para a realização do exame de prevenção? Por quê?
- 5) Você está satisfeito com o serviço de prevenção oferecido por esta unidade de saúde? Por quê?
- 6) Qual sua sugestão para melhorar a qualidade do serviço?