

Universidade Federal da Paraíba
Mestrado Profissional em Saúde da Família

Sara Virna Alves Barros

O EXAME DE PAPANICOLAU NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

João Pessoa
2019

Sara Virna Alves Barros

O EXAME DE PAPANICOLAU NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção e gestão do cuidado em saúde

João Pessoa

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catálogo e Classificação

B277e Barros, Sara Virna Alves.

O EXAME DE PAPANICOLAU NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA /
Sara Virna Alves Barros. - João Pessoa, 2019.
75 f.

Orientação: GERALDO EDUARDO GUEDES DE BRITO.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. PAPANICOLAU. 2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. 3. SAÚDE
DA FAMÍLIA. 4. PROGRAMAS DE RASTREAMENTO. 5. SAÚDE DA
MULHER. I. BRITO, GERALDO EDUARDO GUEDES DE. II. Título.

UFPB/BC

Sara Virna Alves Barros

O EXAME DE PAPANICOLAU NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

Banca Examinadora:



Profº Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito (Presidente/ Orientador)

Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Profª Dra Maria de Lourdes de Farias Pontes (Membro Titular)

Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Profª Dra Cláudia Santos Martiniano Souza (Membro Titular)

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

Aprovado em: 26 de setembro de 2019

João Pessoa

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde que trabalham diariamente para a melhoria da prevenção do câncer de colo de útero e constante melhoria da oferta da coleta do Exame de Papanicolau em seus ambientes de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que conduziu todos os momentos dessa etapa da minha vida, proporcionando a conquista desse sonho.

A meu namorado Raphael, pelo apoio, incentivo e compreensão nos momentos ausentes.

À família, meus pais, irmãos, tios (as) e cunhadas por acreditarem e me incentivarem na realização de mais uma etapa na vida.

Ao professor Eduardo, pelos ensinamentos e orientações, que contribuíram muito para minha qualificação profissional e engrandecimento pessoal.

Aos professores Maria de Lourdes, Cláudia Martiniano e Franklin que contribuíram de maneira significativa para a construção e aprimoramento deste trabalho.

Aos meus colegas da turma do mestrado que sempre tornaram todas as etapas de construção do mestrado mais leves me fazendo acreditar que é tudo possível quando estamos juntos.

Aos profissionais e amigos da Unidade de Saúde da Família Professor Dr. Hélio Mendonça, por compreender minhas ausências, meus pedidos e a contribuição que o mestrado profissional trouxe, e trará a todos os profissionais e usuários da nossa área de abrangência.

Aos profissionais de enfermagem do Município do Recife – PE, por contribuírem respondendo à pesquisa e me estimulando a realizar a pesquisa no município.

RESUMO

BARROS, Sara Virna Alves. **O Exame de Papanicolau na Estratégia Saúde da Família** 2019.75 f. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Fiocruz - Rede Nordeste de Formação em Saúde - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

Objetivo: Discutir, a partir das percepções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma capital do nordeste do Brasil, a realização do Exame de Papanicolau. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso descritivo e com o método qualitativo, realizada com enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família do município de Recife- PE. A coleta de dados ocorreu no período de 28 de janeiro a 28 de fevereiro de 2019, por meio do envio por endereço eletrônico de um questionário *online*. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o software ALCESTE, após esta análise, as Unidades de Contexto Elementar (UCEs) de cada uma das classes identificadas foram submetidas à criteriosa análise de conteúdo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo número 2.924.765. **Resultados:** Evidenciou-se a partir do relato dos enfermeiros potencialidades frente à realização da coleta do Exame de Papanicolau como atividades de educação em saúde, o acompanhamento longitudinal e integral das mulheres, bem como a facilidade da proximidade geográfica das usuárias à Unidade Básica de Saúde. Ademais, a oferta da coleta do exame é organizada pelas Equipes de Saúde da família em dia previamente definidos com o agendamento por demanda espontânea, com ampliação desta assistência também em turnos noturnos em datas comemorativas e em campanhas, favorecendo a captação das mulheres. Algumas fragilidades foram apontadas pelos enfermeiros acerca do exame como o desconhecimento da finalidade do procedimento, assim como o medo, interferência do parceiro e a vergonha, além de discursos associados à gestão do processo de trabalho. **Conclusão:** Conclui-se que a eficaz educação em saúde, organização da oferta, e o acompanhamento longitudinal e integral das usuárias são fatores facilitadores para a realização do exame. Entretanto, a escassez de materiais e insumos, o longo intervalo para a entrega do resultado do exame, além dos estigmas e experiências negativas resulta na negação das mulheres em realizar o exame. Portanto, torna-se necessária a

sensibilização das usuárias não apenas para a realização do exame, mas também para desenvolver práticas educativas de acordo com a realidade deste público. Além disso, a gestão deve organizar o fluxo de material e insumos e proporcionar às usuárias uma rede de apoio ao diagnóstico de lesões precursoras do câncer do colo do útero estruturada e resolutiva.

Descritores: Papanicolau; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Programas de Rastreamento; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: To discuss the Pap smear through the perceptions of nurses of the Family Health Strategy (FHS) in a capital of northeastern Brazil. **Methodology:** This is a descriptive case study with a qualitative method, conducted with nurses working in the Family Health Strategy in the city of Recife, PE. Data collection took place from January 28 to February 28, 2019, through an online questionnaire sent by email. Data analysis was performed using the ALCESTE software. After this analysis, the Elementary Context Units (ECU) of each of the identified classes were submitted to a careful content analysis. The project was approved by the Research Ethics Committee, protocol number 2.924.765. **Results:** From the report of nurses, potentialities regarding the collection of Pap smears were evidenced, such as health education activities, the longitudinal and integral follow-up of women, as well as their ease of geographical proximity to the Basic Health Unit. In addition, the collection of the exam is organized by the Family Health Teams on days previously set with scheduling by spontaneous demand, extending this assistance also in night shifts on commemorative dates and in campaigns, favoring the attraction of women. Some weaknesses were pointed out by the nurses about the exam, such as ignorance about the purpose of the procedure, fear, partner interference and shame, as well as discourses associated with the management of the work process. **Conclusion:** It was concluded that effective health education, organization of supply and longitudinal and integral follow-up of users are facilitating factors for the examination. However, the scarcity of materials and inputs, the long timeframe for delivery of the exam's result, as well as the negative

stigmas and experiences result in the women's refusal to perform the test. Therefore, it is necessary to sensitize users not only to perform the exam, but to also develop educational practices in accordance with the reality of this public. In addition, the management should organize the flow of materials and inputs and provide users with a supportive network for the diagnosis of precursor lesions of structured and resolute cervical cancer.

Keywords: Pap smear; Primary Health Care; Family Health; Tracking programs; Women's Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS.....	12
2.1.1 Objetivo geral	12
2.1.2 Objetivos específicos	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 A Atenção Primária à Saúde e a Atenção à Saúde da Mulher: o câncer de colo de útero.....	13
3.2 A Atenção primária e o exame de Papanicolau	20
3.3 Barreiras à realização do Exame de Papanicolau.....	24
3.4 Facilitadores para realização do Exame de Papanicolau.....	27
4 MÉTODO.....	29
4.1 Tipo de estudo	29
4.2 Cenário do estudo.....	30
4.3 Participantes do estudo.....	30
4.4 Coleta e análise de dados.....	31
4.5 Considerações éticas da pesquisa.....	32
5 RESULTADOS.....	34
ARTIGO ORIGINAL: O EXAME DE PAPANICOLAU NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: percepções de enfermeiro de uma capital nordestina.	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICES	64
APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO <i>ONLINE</i>	64
APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO QUESTIONÁRIO <i>ONLINE</i>	67
ANEXOS	70
ANEXO 1 - CARTA DE ANUÊNCIA.....	70
ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	71
ANEXO 3 - PLANILHA DE SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS	74
ANEXO 4 - CONVITE PARA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DA PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE	75

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é considerada a porta de entrada preferencial dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o modelo preconizado para sua operacionalização (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018). A ESF caracteriza-se por um conjunto de ações individuais e coletivas, abrangendo a promoção e a prevenção da saúde, além da prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. É responsável pela produção do cuidado de uma população com território definido e orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2017 a).

Nos últimos 10 anos verificou-se o crescimento de 14,28% de cobertura populacional estimada por Equipes de Saúde da Família (EqSF) no Brasil. Enquanto em julho de 2008 esta cobertura era de 50,38% do total da população brasileira, no mesmo mês em 2018 ela era de 64,66%, passando de 29.383 para 43.384 EqSF (BRASIL, 2018). Esses números destacam a relevância da APS na ampliação do acesso dos brasileiros aos serviços de saúde na RAS, entre esses, ao Exame de Papanicolau.

De acordo com Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Câncer do Colo do Útero (CCU) ocupa o terceiro lugar em prevalência entre a população feminina brasileira, porém, ainda é verificada a baixa realização do Exame de Papanicolau (EP) pelas EqSF. Ao consideramos a saúde da mulher no contexto da RAS do SUS, as EqSF convivem no seu cotidiano de trabalho, entre diversos outros, com entraves na realização sistemática do EP, principal estratégia adotada para o rastreamento precoce do CCU, tanto relacionados à sua operacionalização, quanto em relação à adesão das usuárias ao exame (BRASIL, 2015 a).

Segundo Linhares (2016) um entrave identificado à realização periódica do EP é a falta de conhecimento das mulheres sobre a importância do rastreamento precoce de lesões e os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer. As razões para a não realização periódica do exame são: a representação e o conhecimento

sobre o câncer, a presença de pudores, tabus e o medo, a dificuldade no acesso e na qualidade do exame, além das condições socioeconômicas e culturais, a presença de barreiras geográficas, a localização dos serviços de saúde, a distância e a dificuldade de transporte dos serviços em relação ao usuário e a burocracia nas marcações (AGUILAR, SOARES, 2015).

A partir de minha experiência acumulada de trabalho na ESF de mais de 10 anos, sempre me deparei com o desafio de promover entre as usuárias adscritas às EqSF nas quais estive vinculada a adesão e regularidade adequadas à coleta do material para o Exame de Papanicolau. Essa realidade esteve presente em diferentes municípios pernambucanos de diferentes portes populacionais. Com a oportunidade de cursar o mestrado profissional em saúde da família, optei por conhecer em profundidade a realização desse exame no município ao qual estou vinculada por meio de concurso público, uma vez que os resultados do meu estudo, poderão subsidiar discussões para a melhoria da qualidade do serviço.

Neste contexto, pretendeu-se, a partir de um estudo de caso conduzido na cidade do Recife, analisar a realização da coleta do EP por enfermeiros da ESF, o que permitiu uma reflexão desta questão de investigação em um município de grande porte. A pergunta norteadora do estudo foi: qual a realidade da execução da coleta de material para o Exame de Papanicolau na cidade do Recife?

Cabe destacar que é de *mister* importância a condução de pesquisas acerca dessa temática, pois elas podem preencher lacunas do conhecimento e no caso desta, promover mudanças no processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) da mestrandia, um dos objetivos da formação no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Ademais, espera-se que os resultados deste estudo possam nortear discussões ao nível local e nacional para a qualificação da atenção prestada e para a definição de estratégias de educação permanente com vistas a propor estratégias de potencialização da realização do EP pelas EqSF.

2 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo Geral

Discutir, a partir das percepções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma capital do nordeste do Brasil, a realização do exame de Papanicolau.

2.1.2 Objetivos específicos

- 1 - Identificar as ações utilizadas pelas EqSF do Recife para potencializar a realização do exame de Papanicolau;
- 2 - Analisar as potencialidades, fragilidades e as barreiras para a realização do exame de Papanicolau pelas EqSF do Recife.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O marco teórico deste estudo foi dividido em quatro temas. Essa opção objetivou compreender a evolução histórica da APS até os dias atuais, entender o Exame de Papanicolau e a sua importância para a detecção do câncer de colo do útero bem como as principais barreiras e facilitadores para a realização rotineira do exame pelas Equipes de Saúde da Família.

3.1 A Atenção Primária à Saúde e a Atenção à Saúde da Mulher: o câncer de colo de útero

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) são a principal causa de adoecimento e óbitos no mundo, sendo o câncer a segunda causa (21% das DANT), só perdendo para as doenças cardiovasculares (48%). E, quando fala do câncer é de suma importância as informações geradas sobre ele, tanto em relação à sua ocorrência, quanto ao seu desfecho para os programas de controle e pesquisa, programas estes baseados nos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), nos Registros Hospitalares de Câncer (RHC), bem como das informações sobre a mortalidade (BRASIL, 2017 a).

Segundo a estimativa 2018 do INCA, mundialmente, em 2012, 14,1 milhões de novos casos de câncer em geral ocorreram, com 8,2 milhões de mortes, observando-se assim, no sexo masculino a predominância tanto na incidência quanto na mortalidade. A doença nos países desenvolvidos está relacionada à urbanização e ao desenvolvimento, sendo os mais incidentes os de pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto, e, com relação aos países de médio e baixo desenvolvimento, relaciona-se o aparecimento a infecções, sendo assim os mais incidentes os de colo de útero, estômago, esôfago e fígado (BRASIL, 2017 b).

Em relação à magnitude do câncer no Brasil, o que se observa é que na região Centro-Oeste os com maiores taxas são o de colo de útero e o de estômago, nas regiões Norte e Nordeste os principais são o de próstata e de mama feminino, contudo, o de colo de útero e estômago tem um forte impacto nesta população. Na

população feminina, na região Norte encontra-se equivalência a taxa entre o câncer de mama e o de colo uterino. Para o biênio 2018-2019 é estimado, no Brasil, que ocorram 600 mil casos novos em cada ano, e, mesmo sendo, no Brasil, as maiores incidências observadas dos de próstata, pulmão, mama feminina e cólon e reto, é notória a ocorrência de altas taxas de incidência nos cânceres de colo de útero, estômago e esôfago (BRASIL, 2017 b).

À replicação desordenada do epitélio de revestimento do útero comprometendo seu estroma e podendo invadir estruturas e órgãos vizinhos ou mais distantes dá-se o nome de Câncer de Colo do Útero (CCU). Caracteriza-se por ser uma doença silenciosa e de evolução lenta, podendo demorar entre o início das lesões pré-cancerígenas e a instalação do câncer propriamente dito de dez a vinte anos (NOGUEIRA; MORAES, 2017).

Mundialmente, o CCU, ocupa o sétimo lugar em relação à população geral (BRASIL, 2017 c). As menores taxas de incidência e mortalidade estão nos países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália, enquanto os valores mais altos são observados em países da América latina, principalmente nas regiões mais pobres da África, estando mais de 80 % dos casos do CCU, nos países em desenvolvimento, nos quais se encontram 82% da população mundial (BRASIL, 2013).

A quarta causa de neoplasias malignas entre as mulheres no mundo é a do colo do útero. No ano de 2013, foi responsável por 7,9% dos cânceres que acometeram a população feminina mundial. No Brasil ocupa o terceiro lugar quando se trata da incidência de câncer na população feminina, acometendo 8,1% desta população, sendo para o biênio 2018-2019, estimados 16.370 casos novos. Por regiões, quando se descarta os tumores de pele não melanoma, ele é o primeiro mais incidente na região Norte, o segundo nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e o quarto no Sul e Sudeste (BRASIL, 2017 b).

Segundo o Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil, o número de mortes por CCU no Brasil aumentou 28,6% em 10 anos. Em 2002, foram 4.091 e em 2012, foram 5.264, sendo considerada a terceira causa de óbito por câncer em mulheres no Brasil. Constituindo assim um problema de saúde pública e requerendo uma priorização de sua prevenção e controle em todos os estados da União (BRASIL, 2015 a).

O CCU está, na maioria das vezes, associado à contaminação pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), em relações sexuais desprotegidas; podendo também estar relacionado a um maior número de parceiros sexuais, tabagismo, falta de higiene, iniciação sexual precoce, subnutrição e limitações ao acesso a serviços de saúde (TEXEIRA et al., 2015).

Estudos em centros especializados europeus e norte-americanos, no início da década de 1920, começaram a indicar caminhos para o controle do CCU. Em 1924, o ginecologista alemão Hans Hinselmann, cria um aparelho que chamou de colposcópio, que facilita a observação do colo, e, em consequência o diagnóstico de anomalias celulares na cérvix. Em 1933, o ginecologista austríaco Walter Schiller, descobre que a coloração com o iodo diluído (Iugol) facilita a diferenciação de células saudáveis das não saudáveis, quando deixa de corar regiões do colo que possuem alterações. Então, a partir da associação destas duas técnicas o diagnóstico de lesões precursoras e de pequenas lesões malignas que são passíveis de cauterização é possível, e passam a serem utilizadas na Alemanha, Áustria, Suíça e América Latina (LOWY, 2011).

Ainda final da década de 1930, o médico grego radicado nos EUA, George Papanicolau, descobriu um exame que consegue detectar a presença de lesões pré-cancerígenas, através da análise do esfregaço de células retiradas por esfregaço do colo do útero, método muito bem aceito e expandido desde então pelo seu baixo custo e por não ser invasivo. Deste momento em diante a tríade citologia, colposcopia e biópsia passa a ser utilizada no diagnóstico do câncer cervico uterino, nesta ordem de complexidade (LOWY, 2011).

Em 1950, surgem os primeiros programas de rastreamento de CCU, inicialmente nos EUA e Europa, e, em 1960 na América Latina (TEIXEIRA et al., 2015). No Brasil, datam da década de 1940, tendo sido implantados, inicialmente, na rede pública com a responsabilidade do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (GOMES, et. al., 2012).

Este exame consiste na detecção precoce da neoplasia invasora e suas lesões precursoras por meio da análise citológica periódica do esfregaço obtido pela coleta utilizando a técnica de George Papanicolau (GOMES, et al., 2012). O exame preventivo é também conhecido com os nomes de Colpocitologia, Papanicolau ou Citológico (NOGUEIRA, MORAES, 2017). Pela desigualdade na expansão e

ampliação lenta das técnicas de prevenção, no Brasil, pela nossa saúde pública, só a partir da década de 1970 é que as ações tomaram maiores proporções e se implantam campanhas de rastreamento (TEIXEIRA et al., 2015).

Em 1986, um projeto do INCA, chamado “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino”, alertou das autoridades brasileiras para as elevadas incidência e mortalidade pelo CCU, o que levou à instituição de políticas para a melhoria desde quadro e à melhoria do acesso às informações sobre o rastreamento à população através das UBS (BRASIL, 2015 b).

A confirmação da relação entre o CCU com o HPV é considerada a principal descoberta nos últimos 30 anos em relação a este agravo. Verificou-se em 99,7% dos casos de CCU a presença do HPV, sendo assim considerada a maior atribuição de causa específica já observada para o câncer em humanos (BRASIL, 2013).

Em 2012, o Ministério da Saúde, através da implantação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) cria indicadores para avaliação da qualidade dos serviços das unidades de saúde, e, um desses indicadores, no âmbito da saúde da mulher, é a cobertura das EqSF sobre o Exame de Papanicolau (EP) para a detecção do CCU. O PMAQ-AB mostrou que somente metade das UBS no Brasil possui estrutura adequada para o rastreio do câncer de colo através do EP, concluindo também que apenas 30% das equipes receberam a classificação de um processo de trabalho adequado para a detecção do CCU (TOMASI et al., 2015).

Segundo um estudo epidemiológico sobre a prevalência nacional de infecção pelo HPV (POP- Brasil), ela é estimada em 54,6% das amostras examinadas, sendo encontrados os tipos de HPV considerados de alto risco para o câncer em 38,4 % das amostras no país. Este mesmo estudo trouxe dados em relação ao município de Recife, onde em 41,2% dos exames foram encontrados o HPV, sendo de o HPV considerado de alto risco foi encontrado em 35,2 % dos exames, e em algumas amostras foram encontrados mais de um tipo de HPV, representando 29,4% das amostras (BRASIL, 2017 c).

A infecção pelo HPV atinge ate 80% das mulheres sexualmente ativas ao longo da vida, sendo uma infecção geralmente assintomática e inaparente, podendo ser detectada no exame periódico de Papanicolau e confirmada pelo exame de colposcopia, devido à aplicação de reagentes que permitem a sua visualização, ou,

no exame histopatológico do colo do útero (BRASIL, 2013).

Existem aproximadamente 100 sorotipos de HPV já identificados, e, dentre eles 40 tipos podem infectar o colo do útero, porém apenas os sorotipos de 12 a 18 podem causar o CCU (BRASIL, 2013). Infecções persistentes pelo HPV podem conduzir a lesões intraepiteliais que são precursoras do CCU, e, essas lesões, se não diagnosticadas e tratadas em tempo, podem evoluir para o CCU. Então, desde o ano de 2014 vem sendo introduzido no calendário vacinal uma vacina que protege contra quatro dos subgrupos oncotogênicos do HPV, porém, mesmo vacinadas, é indicada a todas as mulheres que atinjam a idade preconizada, a realização do EP, já que a vacina não protege contra todos os subgrupos do HPV que podem levar ao câncer (BRASIL, 2017 c).

O CCU está, na maioria das vezes, associado à contaminação pelo HPV, em relações sexuais desprotegidas; podendo também estar relacionado a um maior número de parceiros sexuais, tabagismo e falta de higiene (TEXEIRA et al., 2015). É mais frequente em países subdesenvolvidos devido à presença de fatores de risco como os citados acima além de iniciação sexual precoce, subnutrição e difícil acesso a serviços de saúde. (GOMES, et al., 2012).

A prevenção primária para o CCU consiste no uso do preservativo masculino ou feminino, pois, evita a contaminação pelo HPV, já a prevenção secundária está no rastreamento realizado através do EP, colposcopia e histopatológico nesta ordem de prioridade (BRASIL, 2013).

O EP consiste no esfregaço de células coletadas da ectocérvice e da endocérvice, que são extraídas por raspagem do colo do útero: uma é feita com espátula de madeira, coletando as células da parte externa do colo (ectocérvice) e outra feita com uma escovinha, coleta as células da parte interna do colo (endocérvice) (BRASIL, 2016 b). Embora ele represente o instrumento mais adequado, prático e de baixo custo para o rastreamento do CCU e indicando uma redução da morbimortalidade por este tipo de câncer, a adesão ao exame ainda está distante da cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde, que é de 80 a 85% (AGUILAR; SOARES, 2015).

Alguns cuidados para a realização da coleta do exame devem ser observados, por exemplo, deve-se evitar o uso de lubrificantes, espermicidas ou

medicamentos vaginais por 48 horas antes da coleta bem com a realização de exames intravaginais para não comprometerem a coleta. Não é necessária abstinência sexual para a realização do exame, a menos quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas, pois os espermatozoides não comprometem a avaliação microscópica. Já a presença de sangue prejudica a avaliação, então, o exame não deve ser feito no período menstrual devendo ser aguardado o quinto dia após o término da menstruação, contudo, nos casos de sangramentos vaginais anormais, se indica a realização do exame para investigação diagnóstica (BRASIL, 2013).

A recomendação do Ministério da Saúde é que o exame seja realizado em mulheres que já tiveram atividade sexual e estão na faixa etária dos 25 aos 64 anos. Para ser considerado regular deve ser feito anualmente, e, após dois exames negativos pode ser realizado com um intervalo de três anos. Após os 64 anos os exames devem ser interrompidos quando as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos, ou seja, sem história prévia de doença pré-invasiva (BRASIL, 2016 b).

Quando há alterações no EP, a mulher deve ser encaminhada para um exame chamado colposcopia e se necessário biópsia, e receber o tratamento adequado, e, após todo o tratamento necessário, deve ser acompanhada por dois anos, repetindo semestralmente o EP (NOGUEIRA; MORAES, 2017). No Brasil, segundo estimativas nacionais, cerca de seis milhões de mulheres entre 35 e 49 anos nunca realizaram o EP, e sendo esta faixa etária onde ocorre maior número de casos positivos de CCU, a não realização do exame, por parte dessas mulheres torna-se um obstáculo às ações de saúde no tocante à promoção, prevenção e assistência visando o rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento adequado (AGUILAR; SOARES, 2015).

Esta situação concorre para o diagnóstico do CCU em estágios avançados, com menor sobrevida média quando comparada a dos países desenvolvidos. Estimativas mostram que a incidência de formas invasoras do CCU pode ser reduzida em até 91% se o rastreamento for realizado com a rotina estabelecida (GOMES, et al. 2012).

A incidência desde tipo de câncer no Brasil é evidenciada a partir dos 20-29 anos, e o maior risco na faixa etária de 45-49 anos. A redução nas taxas de incidência e mortalidade por CCU depende além de uma cobertura de no mínimo 80%

do EP nas mulheres consideradas em idade de risco, também da qualidade dos procedimentos de coleta, da agilidade nos resultados e do tratamento adequado e apropriado. Cabe destacar que este acometimento, depois do câncer de pele, é o tumor que apresenta maior potencial de prevenção e cura se diagnosticado precocemente (AGUILAR; SOARES, 2015; TOMASI et al. 2015).

Apesar dos esforços em educação permanente da oferta do exame em rede pública ainda se observa uma alta taxa de incidência e mortalidade por CCU (AGUILAR; SOARES, 2015). Segundo as estimativas brasileiras, 12 a 20% das mulheres entre 25 e 64 anos nunca realizaram o EP (AGUILAR; SOARES, 2015; BRASIL, 2014).

Com a Política Nacional de Promoção à Saúde, e no sentido de diminuir as desigualdades relacionadas aos determinantes e condicionantes da saúde observados em relação ao câncer, o governo federal lançou em 2011 o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis” (DCNT) no Brasil, para os anos de 2011 a 2022, com a finalidade de desenvolver e implantar melhores políticas públicas voltadas para as DCNT e fortalecer os serviços de saúde que atendem os portadores dessas doenças abordando os seus fatores de risco (BRASIL, 2013).

Neste plano estão incluídas as doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias, a diabetes e o câncer. Em relação ao CCU, este plano tem a meta de ampliar a cobertura no EP em mulheres na faixa etária dos 25 aos 64 anos de idade, além de proporcionar o tratamento para todas as mulheres nas quais as lesões precursoras do CCU forem diagnosticadas; para tanto, propõe ações para aperfeiçoar o rastreamento do CCU e a universalização do exame para que ele esteja ao alcance de todas as mulheres com a garantia do tratamento oportuno para 100% das mulheres com lesão precursora de câncer identificada pelo EP. Para tanto o plano leva sempre em conta que para se atingir as metas até 2022 é necessário está em vigilância da alta relevância tanto epidemiológica quanto social para o CCU (BRASIL, 2013).

3.2 A Atenção Primária à Saúde e o exame de Papanicolau

Um dos primeiros documentos a utilizar o conceito “Atenção Primária à Saúde” (APS) foi o Relatório Dawson em 1920, no Reino Unido, documento este que

influenciou a criação, em 1948, do Sistema Nacional de Saúde Britânico e orientou a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo. Outro marco histórico da APS é a declaração de Alma-Ata que, em 1978, após discussão na Assembleia Mundial de Saúde, reafirma e reorganiza a APS como sendo o primeiro elemento para um cuidado continuado da assistência à saúde na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, levando em 1979 na próxima Assembleia Mundial de Saúde à confirmação deste consenso (STARFIELD, 2002).

Na União Europeia, a partir de 1990, a importância da APS, é destaque com base nas análises e reformas que o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas faz, trazendo neste momento os atributos para o bom funcionamento da APS, que são parecidos com os trazidos por Starfield (CONILL, 2008). E, em 2008, em um relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde, é tratada a necessidade dos sistemas de atenção à saúde terem como base a APS (STARFIELD, 2002).

Trazemos neste trabalho o termo Atenção primária à saúde (APS) enquanto sinônimo da Atenção Básica (AB), concordando com o trazido na PNAB 2017, quando fala que os dois termos são equivalentes (BRASIL, 2017 a).

A APS é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde representando o primeiro nível de atenção, e, também um modelo de mudança da prática clínica e assistencial dos profissionais de saúde. Esta estratégia orienta-se por eixos estruturantes, também chamados atributos. Os atributos na APS são divididos em essenciais e derivados, primeiros sendo: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, e, os derivados que são orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a história da APS tem forte impacto e debate em meados da década de 1970, sob influência da reforma sanitária e projeção do atendimento médico em comunidades, realizando atividades de atenção primária. Em 1980 foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS), e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que foram um caminho para, em 1988, com a nova Constituição, para a instituição do Sistema Único de saúde (SUS). Porém, apenas em 1990 é que se observa uma estruturação mais uniforme da APS através de normatizações e financiamentos do Ministério da Saúde (MS) no intuito de responsabilização dos municípios pela melhoria da APS. Em 1994, após uma avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi então

proposto o Programa de Saúde da Família (PSF), pelo MS, que pouco tempo depois passou a ser entendido como estratégia de reorientação do modelo assistencial no Brasil (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

A ESF foi criada, no Brasil, com a finalidade da reorganização da APS com o intuito de reorientação do processo de trabalho. Para o sucesso desta estratégia é de suma importância o estabelecimento da EqSF, que é uma equipe multiprofissional, e, composta no mínimo por um médico, preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade, um enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, um auxiliar e/ou técnico em enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Além desta equipe mínima, também podem ser acrescentados a esta composição o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017 a).

O histórico da ESF até os dias atuais possuiu vários momentos importantes. Em 1994, após uma avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), temos um marco histórico na saúde no Brasil, a criação do Programa Saúde da Família (PSF), o hoje chamado Estratégia de Saúde da Família (ESF), estratégia esta que, com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 assume a condição de estratégia de reorganização da APS (BRASIL, 1997).

As modificações para reorientação do modelo de saúde seguem, e em 2002 foi criado o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), e em 2005, no âmbito do Proesf, com o propósito de qualificação da AB pela sua avaliação, foi criada a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMAQ). Logo no ano seguinte, em 2006, a ESF, torna-se prioridade no Pacto pela Vida enquanto fortalecedora da Atenção Básica, mesmo ano em que há a publicação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Em 2011, é lançado o Requalifica SUS, um projeto para aplicação de recursos na estruturação e ampliação das unidades. Neste mesmo ano, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e é revisitada pela primeira vez a PNAB (MENDES, 2012).

Em 2017 a PNAB é revista mais uma vez e ganha modificações ainda muito recentes, dentre elas a denominação de Unidade Básica de Saúde (UBS) para todos os estabelecimentos de saúde que, no âmbito do SUS, prestem ações e serviços de APS (BRASIL, 2017 a). Muitas são as mudanças que devem ser consideradas com

base na nova PNAB, entre elas a restrição da oferta universal dos serviços de saúde, a nova composição das equipes, o acesso segmentado, uma reorientação dos processos de trabalho na APS, além, do enfraquecimento, pelo Ministério da Saúde, da coordenação e indução de bases nacionais para a política, trazendo vários riscos para o SUS com um enorme risco de desassistência a uma grande parte da população brasileira bem como uma piora da qualidade dos serviços prestados (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A APS assume, nos dias atuais, o papel de principal porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, sendo organizador e articulador das redes de saúde em vários países, e, no Brasil é pensada como ordenadora, coordenadora e/ou gestora do cuidado, pela centralidade que ocupa nas redes de cuidado, e por ser preferencialmente o primeiro contato da população com o sistema de saúde. De um lado a APS é considerada um posto avançado do SUS, onde as pessoas procuram resolver suas necessidades de cuidados, contudo, se evidencia, várias vezes que ela não consegue em muitas situações, funcionar como este centro de comunicação, unindo os pontos de atenção à saúde na rede de cuidados pela fragmentação dos serviços e pontos da atenção ainda existentes (CECÍLIO et al., 2012).

Característica própria da APS é ajudar o funcionamento das redes, melhorando o fluxo de resolutividade das demandas no SUS, sendo a porta de entrada preferencial do usuário no sistema e a principal responsável por acompanhar o fluxo do usuário nos demais pontos da atenção saúde, quando não é possível a resolução do problema apenas pela APS. É ela que independente da complexidade dos problemas de saúde, não deixa de manter o vínculo com o usuário de sua área de abrangência dando continuidade ao cuidado, permitindo e potencializando a integralidade do sistema de saúde (OLIVEIRA et al., 2015).

A ESF é muito importante no que diz respeito às práticas de promoção à saúde, práticas estas entendidas como um meio de capacitar os indivíduos para que eles sejam os controladores da sua saúde através da mudança de estilo de vida não saudável, incorporando à vida, práticas de bons hábitos. Ela objetiva proporcionar um melhor acesso à saúde através de ações voltadas ao coletivo como promoção e prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento a reabilitação e a manutenção da saúde com a finalidade de proporcionar possibilidade de se viver bem, trabalhando para tanto com uma ótica de Vigilância em Saúde em interação com pessoas

envolvidas que se posicionam em concordância para coordenar seus planos de ação e melhorar a qualidade de vida da população (ROQUE, 2017).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo que em somente 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que incluía desde então ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, bem como a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis, CCU e câncer de mama, dentre outras, de acordo com o perfil das populações. E em 2001 com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), se ampliam as responsabilidades dos municípios na APS e na área da saúde da mulher, estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do CCU (BRASIL, 2011).

A ESF caracteriza-se por um conjunto de ações individuais e coletivas, pela promoção e prevenção de agravos, além do diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Nela se produz o cuidado através de uma população e territórios definidos nos quais as EqSF são responsáveis pela educação e vigilância em saúde, ações de prevenção primária bem como por um acolhimento com escuta qualificada a todas as mulheres da sua área de abrangência, identificando os motivos que levam essas mulheres a procurar a unidade, e, quando necessário, é lá que é realizada uma entrevista, exame físico e coleta do EP, bem como os encaminhamentos e acompanhamentos necessários a todas as mulheres em toda a RAS (BRASIL, 2017 a).

As UBS, por constituírem o primeiro nível de atenção à saúde dos usuários do SUS, possuem papel de desenvolver ações para prevenção do CCU através da educação em saúde, da vacinação de grupos indicados e da detecção precoce do câncer e suas lesões precursoras (realização do EP) através do seu rastreamento regular (BRASIL, 2016 c).

As UBS possuem maior facilidade para identificação das mulheres elegíveis além das faltosas para o melhor rastreamento do CCU, além disso, nelas a população tem um maior acesso às informações sobre promoção à saúde e prevenção de doenças (TOMASI et al., 2015). Este papel das EqSF se torna muito importante quando se observa que ainda é deficiente o conhecimento prévio das

mulheres sobre o CCU, especialmente no que diz respeito aos fatores de risco para o desenvolvimento da doença e importância do rastreamento dela pelo EP, conhecimento este que afeta diretamente a realização ou não deste exame (LINHARES, 2016). Uma melhor adesão ao EP pelas usuárias pode sofrer influência da família ou de um profissional de saúde, como também de história familiar de algum tipo de câncer, história prévia de adoecimento anterior ou de cuidado com a saúde (OLIVEIRA et al., 2015).

Para que se tenha, no Brasil, ações de prevenção ao CCU mais efetivas, é primordial que a rede básica de saúde esteja preparada para a realização do EP além de fazer bem o seu papel de informante e esclarecedor à população sobre os benefícios do rastreamento adequado para prevenção do CCU através do encaminhamento oportuno assim como busca ativa e identificação de mulheres faltosas. Para tanto se faz necessário o entendimento da importância da EqSF neste seu papel e uma melhor estruturação da RAS, melhor suprimento dos insumos necessários à realização do exame pela rede, aumento do aporte de materiais necessários ao desenvolvimento das ações e qualificação das equipes na realização das ações relacionadas a esta ação programáticas, tendo em vista que quanto melhor a qualidade do procedimento da coleta, a agilidade do resultado e o tratamento oportuno, menores serão as taxas de incidência e mortalidade por CCU (TOMASI et al., 2015).

Se o Brasil conseguisse atingir uma cobertura de 100% dos seus municípios com a implantação da ESF, a qualidade das ações assistenciais e de prevenção atingiriam níveis mais satisfatórios, pois um dos indicadores de qualidade da saúde, no âmbito da saúde da mulher na APS, é a cobertura do EP para a detecção precoce do CCU, e, quanto maior a cobertura populacional da estratégia nos municípios, maior a oferta por exames à população (TOMASI et al., 2015).

3.3 Barreiras à realização do Exame de Papanicolau

No Brasil, já se constatou que dentre as razões que levam as mulheres a não realizar o exame destacam-se: a representação e o conhecimento acerca da doença, presença de pudores, tabus, medo, a dificuldade no acesso e qualidade dos

serviços de saúde, além de condições socioeconômicas e culturais (AGUILAR; SOARES, 2015). A baixa adesão ainda encontrada à realização do EP leva a uma redução dos indicadores de sobrevivência por CCU aquém do esperado, e, isto pode estar ligado a fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais (SILVA et al., 2015 a).

Algumas outras razões são observadas, no que diz respeito à falta de material para a realização da coleta adequada do EP, a sobrecarga de funções pelos enfermeiros nas UBS, bem como a falta de tempo dos enfermeiros do serviço, sendo estes os principais coletadores atualmente no EP na ESF (OLIVEIRA et al., 2015).

Em um estudo realizado em Pernambuco, que analisou a continuidade da assistência a mulheres com CCU, por meio de entrevistas a usuárias, foram citadas tanto barreiras quanto facilitadores no que concerne a esta continuidade da assistência. Com relação às redes analisadas nenhuma foi considerada satisfatória pelas mulheres entrevistadas, isso foi observado pela demora nos tratamentos, pelo encaminhamento inadequado de algumas usuárias, ou, pela falta de uso de protocolos existentes nos municípios (SILVA et al., 2016).

Quando se fala em RAS, podemos remeter ao trazido por Aguilár e Soares (2015) quando citam que a presença de barreiras geográficas, a localização dos serviços de saúde, a distância e a dificuldade de transporte dos serviços em relação ao usuário, e, quando ele traz como principal dificuldade as barreiras organizacionais dos serviços, observadas pela burocracia nas marcações, o que aumenta o tempo para início de tratamentos além da má articulação entre os serviços quando da necessidade de utilização de vários níveis de atenção na resolução do problema encontrado, sendo assim, é necessário um direcionamento do caminho estratégico para que a prática assistencial seja transformada no sentido de atender as reais necessidades dessas mulheres no rastreamento, realização e acompanhamento referente ao fluxo do CCU.

Acredita-se que a não realização segundo a rotina estabelecida, possa estar intimamente associada aos determinantes das crenças e atitudes em saúde dessas mulheres, muitas vezes relacionado à vergonha, desconforto, dor, medo, entre outros. Uma parcela grande dessas mulheres ainda não adere ao exame por mitos e tabus, crenças e atitudes em saúde, além também da organização do serviço de saúde, onde, o relatado pelas mulheres, quando não compareceram a EP

previamente agendados nas unidades, foi relacionado ao serviço (23 % das entrevistadas), elas falaram que o horário para realização do exame é uma grande dificuldade, e, que, para a rotina das mulheres que estão inseridas no mercado de trabalho, onde elas precisam de uma liberação do serviço, a escolha da maioria é adiar o exame para uma eventual folga ou para o período das férias. Foi também citada nesta pesquisa a demora no atendimento no dia do exame, e, a distância da UBS como dificuldades à realização do EP (SILVA et al., 2015 a).

Muitas mulheres não realizam o exame por não saber a sua importância para a prevenção do CCU, principalmente por desconhecerem o quão importante é o exame na detecção de lesões pré-cancerígenas, a porcentagem elevada do HPV no desenvolvimento deste câncer e o aumento da cura quando as lesões são diagnosticadas precocemente. Levando ainda em consideração que, a maior parte das mulheres que não realizam o exame são aquelas que moram em locais de baixa renda e as que possuem baixa escolaridade, sendo assim, também caracterizados como dificultadores à adesão correta ao rastreamento do EP (NOGUEIRA; MORAES, 2017).

Para assegurar que o fluxo de assistência às mulheres com CCU tenha um bom funcionamento e melhore a cada dia, é necessário que se preste uma continuidade adequada do tratamento, e, para que isso aconteça, investimentos tanto de ordem financeira, quanto na melhoria das RAS, além de equipes estáveis em todos os níveis e locais de assistência são extremamente primordiais, pois a desarticulação das redes e a sua fragilidade comprometem a qualidade da assistência prestada (SILVA et al., 2016).

Levando em consideração que na maioria dos municípios o EP é realizado por profissionais da APS, e, sendo este o exame inicial para descobrir o CCU e seus precursores e se inserir a mulher em toda a rede de saúde para seguimento de um tratamento adequado e eficaz, é necessário um cuidado especial para este nível da atenção também (LINHARES, 2016). Sendo a rede de atenção primária à saúde uma grande aliada na coordenação do cuidado ao usuário, quando esta é forte e bem estruturada, torna-se de grande valia um investimento neste nível da rede por ser considerada a porta de entrada preferencial do usuário no sistema, levando a uma assistência mais resolutiva e coordenadora do cuidado (OLIVEIRA, 2015).

3.4 Facilitadores para realização do Exame de Papanicolau

Uma estrutura adequada da UBS foi citada como facilitador à adesão ao EP por 21% das mulheres em uma pesquisa em 2015, elas citaram um maior número de salas, rapidez nos procedimentos realizados, número de funcionários suficientes e conforto local como facilidades encontradas para realização do exame. As ações podem facilitar o aumento da realização do EP na comunidade pesquisada, dentre elas, ações de fortalecimento da educação continuada, palestras na comunidade e orientações individuais que desmistifiquem crenças prejudiciais para a prevenção à saúde e aumentem a procura aos serviços de saúde e adesão ao EP (SILVA et al., 2015 a).

Os enfermeiros são muito importantes na melhoria da adesão ao EP, pois, eles são peças-chave nas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, além de favorecerem uma assistência integral às usuárias no momento da coleta, adotando uma atenção à saúde que garante uma minimização do incômodo provocado pelo exame, esclarecendo todo o procedimento e importância da sua realização, e, realizando com delicadeza o procedimento de coleta (OLIVEIRA et al., 2015).

Mulheres mais ativas e responsáveis pelo cuidado com sua saúde tendem a realizar o exame e rastreamento com CCU mais adequadamente e procurarem as unidades de saúde, para tanto, os profissionais das EqSF devem sempre ir de encontro a essas mulheres, levando sempre em consideração suas necessidades, e fornecendo-lhes informações acessíveis sobre a importância da realização do EP e o acompanhamento adequado para a prevenção de CCU (NOGUEIRA; MORAES, 2017).

O acesso ao serviço, a interação entre os enfermeiros da ESF e as usuárias, um acolhimento adequado, o vínculo formado entre as usuárias e a enfermagem na APS, o diálogo e a realização de campanhas de intensificação do EP são considerados como facilitadores no rastreamento adequado para o exame. Muitas vezes as usuárias realizam seus exames nas campanhas das unidades, por referirem que os horários da realização dessas campanhas serem diferente dos horários de rotina, facilitando a inserção delas, pois, o horário de trabalho e a falta de tempo dificultam a realização do EP nos horários pré-estabelecidos pelas EqSF (OLIVEIRA et al., 2015).

É notória a preocupação constante com a melhoria do rastreamento adequado do CCU na APS através do Exame de Papanicolau. Algumas experiências encontradas no Brasil trazem algumas ideias de como melhorar o rastreamento.

Uma intervenção em uma UBS em Uberaba- MG, com o objetivo de contribuir para a melhoria da adesão ao exame nas mulheres de 25 a 64 anos de idade, a partir da organização das agendas das enfermeiras aumentando a disponibilização do exame, intensificação de ações de educação em saúde, voltadas para o tema CCU, resolução do problema de falta de material para coleta do exame, diminuição do tempo de chegada dos resultados das coletas, visitas para busca ativa das mulheres em atraso e agendamento do exame a partir de pactuação com as mesmas, atendimento pelas médicas às mulheres com exame alterado, solicitação do exame em todas as consultas médicas, convite e novo agendamento para as mulheres faltosas no primeiro agendamento, também foi realizada uma ação para coleta do EP em um sábado para as mulheres que não podiam nos horários rotineiros. Nesta intervenção, houve um aumento de 10,78% no número de exames coletados na unidade no período (BARBOSA, 2017).

Outra experiência exitosa, em 2015, em uma unidade formada por sete EqSF, situada em São Paulo, que pactuou uma sensibilização das equipes e treinamento dos enfermeiros para melhoria da realização do exame em busca de uma padronização da técnica de coleta do EP, pois nesta unidade alguns profissionais tinham recebido um treinamento no município e outros não, o que levou a se justificar alguns exames com resultados insatisfatórios a esta falta de treinamento, além da qualidade dos resultados dados pelo laboratório que analisava as lâminas da unidade, e, o espaço físico inadequado para a realização do exame. O estudo concluiu que a padronização da coleta teve impacto positivo, pois até o final do período observado não ocorreu mais nenhum resultado insatisfatório, o que melhora o rastreamento do exame, pois evita resultados falso negativos, melhorando a detecção de lesões precursoras do CCU (FERREIRA; GRAUDENZ, 2015).

Em 2017, uma experiência melhora em 15 meses de intervenção, a cobertura do exame de uma média de 10% para 44%, em uma equipe onde a média de cobertura das demais equipes na mesma unidade foi de 22% no mesmo período sem a intervenção. Nesta intervenção foi reduzido o tempo de entrega dos resultados dos exames e quando estes chegavam eram entregues imediatamente à equipe de

referência, os resultados antigos que estavam na recepção foram registrados em um prontuário eletrônico do paciente que foi implantado na unidade, foi reestruturada a rede a partir da APS, houve redução no tempo de entrega do exame, era ofertado ou agendado EP às mulheres de 25 a 64 anos que frequentavam a unidade qualquer que fosse o motivo, as que não frequentavam foram contatadas por telefone ou visita domiciliar, as mulheres que fizeram exame em outros serviços foram solicitadas que disponibilizassem os resultados para a equipe de referência, o prazo para coleta do próximo exame era escrito no laudo do exame, e, as mulheres com exames alterados eram imediatamente convocadas para acompanhamento e encaminhamentos necessários (MAIA; SILVA; SANTOS, 2018).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso descritivo e com o método qualitativo, desenvolvido com enfermeiros atuantes na ESF de uma capital do nordeste do Brasil. Entende-se como estudo descritivo aqueles que descrevem um determinado objeto em um determinado espaço e tempo (MARCONI, LAKATOS, 2003). O método qualitativo apresenta o estudo das descrições, das representações, opiniões e percepção interpretativa de como os seres humanos estabelecem seu modo de vida (MINAYO, 2015). Estudo de caso é o método preferencial quando se deseja descrever de maneira ampla e profunda, fenômenos contemporâneos no seu contexto real, e, quando os limites entre o fenômeno e o contexto puderem não ser claramente evidentes (YIN, 2015).

4.2 Cenário do estudo

Recife é a capital do Estado de Pernambuco está situada no litoral do Nordeste com uma superfície territorial de 218,4 km², limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe e a leste com o Oceano Atlântico (RECIFE, 2014).

O município do Recife, além de ser o município de residência da pesquisadora no momento da pesquisa e do mestrado profissional em saúde da família da UFPB era o local de atuação profissional da mesma durante o mestrado profissional que tem como um dos objetivos o desenvolvimento de pesquisas que estejam diretamente envolvidas com o campo de trabalho e local de atuação profissional, impactando diretamente neste ambiente de trabalho.

No período da coleta de dados (de 28 de janeiro a 28 de fevereiro de 2019) o município possuía 274 EqSF implantadas, distribuídas em oito Distritos Sanitários de Saúde. Segundo dados da secretaria de saúde do município, destas EqSF, 241 funcionam em unidades integradas nas quais estão ocupando o mesmo espaço físico de duas a quatro equipes.

4.3 Participantes do estudo

Foram incluídos nesta pesquisa os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família vinculados à secretaria de saúde do município de Recife- PE. Foram excluídos os indivíduos que possuísem algum déficit cognitivo, que os impedissem de responder adequadamente ao questionário.

Para conseguir as informações para o desenvolvimento do objetivo desta pesquisa, optou-se pelo envio, por endereço eletrônico de um questionário *online* (APÊNDICE 1), a todos os Enfermeiros das Equipes de Saúde da Família ($N=274$). Conforme apontado por Aguiar (2013) e Almeida (2016), o processo de trabalho do Enfermeiro orienta-se pelo cuidar e gerenciar. Assim, avaliou-se que estes profissionais possuiriam uma visão ampliada do conjunto de ações desenvolvidas por sua equipe e a partir desta, foi possível elaborar um diagnóstico situacional das ações

para a realização do exame de Papanicolau das EqSF do município de Recife.

Foi solicitada à Secretaria da Saúde do município uma lista com os endereços eletrônicos de todos os enfermeiros ativos da ESF, sem relação nominal, visando a garantia do anonimato das respostas. Posteriormente, os enfermeiros foram convidados via e-mail a participarem do estudo. O corpo do texto do primeiro e-mail sensibilizou os indivíduos da importância de sua participação e do objetivo do estudo e indicou um link específico para acesso ao questionário.

Ao acessarem o questionário, a primeira interface de visualização foi o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 2). Após a aceitação em participarem da pesquisa, foram encaminhados para o formulário eletrônico. Não foi permitido o acesso ao questionário *online* sem a anterior leitura e assinatura eletrônica do TCLE. A partir da data do envio do primeiro e-mail, foram disparados novos e-mails a cada cinco dias, durante 30 dias, lembrando aos participantes de acessarem o link e responderem ao questionário. Ao final dos 30 dias, obtivemos a resposta de 115 das EqSF.

4.4 Coleta e análise de dados

Existem vários tipos de técnicas para a coleta de dados, que variam de acordo com as circunstâncias ou com o tipo de investigação. O questionário é um instrumento desenvolvido com este fim de coletar dados e deve ser respondido por escrito e sem a presença do entrevistador. Na sua elaboração, não necessários alguns cuidados com o intuito de ter uma boa eficácia do instrumento. O questionário possui várias vantagens no seu uso, entre elas a de atingir um grande número de pessoas e uma grande área geográfica ao mesmo tempo, economiza pessoal e tempo, com ele se obtém um maior número de dados, pode-se usar para respondê-lo uma hora mais favorável, etc (MARCONI, LAKATOS, 2003).

O questionário *online* desta pesquisa foi elaborado a partir de revisão da literatura. Foi estruturado com quatro questões que caracterizam os participantes e seis questões para a abordagem sobre o EP desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família dos enfermeiros respondentes (APÊNDICE 1).

O uso da internet para a aplicação de questionários é muito vantajoso, pois, o pesquisado pode acessá-lo em qualquer lugar de acordo com sua conveniência,

desde que o local tenha acesso à internet, também diminui custos com a pesquisa, pois além de evitar o uso do papel racionaliza tempo do pesquisador e pesquisado, torna possível trabalhar com grandes amostras, com eles se obtém as respostas mais rapidamente (NETO, 2004).

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o software ALCESTE, versão 2012, que realiza uma análise quali-quantitativa de um corpus textual que objetiva identificar classes de palavras que representam diferentes formas de discurso a respeito de um tópico de interesse (SOUZA et al., 2009). Este software utiliza métodos estatísticos por meio da segmentação, classificação hierárquica, análise de correspondências, entre outros, configurando-se em um método de exploração e descrição. Agrupa as raízes semânticas, definindo-as por classes, levando em consideração a função da palavra dentro de um dado texto. Nestas classes, são elencadas listas de palavras que as caracterizam por meio do Teste Qui-quadrado, apresentando assim, a força de associação de cada palavra e sua respectiva classe (AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

Após a análise do software ALCESTE, as Unidades de Contexto Elementar (UCEs) de cada uma das classes identificadas foram submetidas à criteriosa análise de conteúdo com, leitura flutuante do material final e elaboração de indicadores iniciais das UCE de cada classe, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação, segundo Bardin (2016). De acordo com a autora, esta análise pode ser entendida como um conjunto de técnicas nas quais são realizadas análises das comunicações, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, com o intuito de obter indicadores que permitam a dedução dos conhecimentos que tem relação às condições de produção e percepção dessas mensagens (BARDIN, 2016). A partir desse procedimento, as classes geradas pelo Alceste foram nomeadas e organizadas para apresentação na seção resultados.

4.5 Considerações éticas da pesquisa

Foi apresentado para todos os participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo o objetivo da pesquisa além da forma de realização dela, para caso concordassem em participar dela bem como

desistir de sua participação na pesquisa em qualquer momento da sua realização, assinassem com sua anuência, assim como entenderem sobre a garantia do seu anonimato sobre informações dadas sendo garantido o sigilo das informações. A pesquisa cumpriu com a resolução CNS 466/2012 que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa do centro de Ciências da saúde da Universidade Federal da Paraíba e a realização do estudo foi aprovada com o parecer número 2.924.765 de 28 de setembro de 2018 (CAAE: 94108918.8.0000.5188).

5 RESULTADOS

Dentre os 115 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município que responderam ao questionário online, 109 (94,8%) eram do sexo feminino e 6 (5,2%) do sexo masculino, com idade distribuídas nas faixas etárias entre 31 a 40 anos. Com relação à escolaridade 56 (48,7%) enfermeiros concluíram a graduação a mais de dez anos, 38 (33%) a mais de vinte anos, 13 (11,3%) a mais de 30 anos e apenas oito (7%) deles terminou a graduação a menos de dez anos. Quanto a possuir alguma pós-graduação, 108 enfermeiros (93,9%) possuíam especialização em lato senso nas áreas afins à Atenção Primária à Saúde concluídas sendo 21(18,3%) com Residência, e, destes, seis (28,6%) em Saúde da Família. Com relação a Mestrado, 17 (14,8%) enfermeiros tinham mestrado concluído.

Com relação à experiência profissional, dos 115 enfermeiros, 93 (80,9%) possuíam mais que dez anos de experiência acumulada na ESF e 84 (73%) enfermeiros estão na ESF da cidade do estudo a mais de dez anos, além disso, 84 (73%) participantes estavam vinculados à sua atual Equipe de Saúde da Família no momento desta pesquisa há mais de três anos. O vínculo de trabalho majoritário para

o trabalho na ESF foi o estatutário 112 enfermeiros (97,4%). Quanto à jornada de trabalho 70 (60,9%) enfermeiros possuíam jornada de trabalho maior que 40 horas semanais, possuindo então mais de um vínculo empregatício. A ESF se apresentou como o local de desejo de trabalho para 103 (89,6%) dos participantes deste estudo e 70 (60,9%) declararam estar completamente realizado ou realizado trabalhando na Saúde da Família.

Após análise do software ALCESTE das respostas aos questionários, as Unidades de Contexto Elementar (UCEs) de cada uma das classes identificadas foram submetidas à criteriosa análise de conteúdo através de uma leitura flutuante do material final e elaboração de indicadores iniciais das UCE de cada classe, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação segundo Bardin (2016) que deu origem ao artigo original no qual será apresentado no resultado.

ARTIGO ORIGINAL

O EXAME DE PAPANICOLAU NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: percepções de enfermeiro de uma capital nordestina.

PAPANICOLA'S EXAMINATION IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: nurses' perceptions of a northeastern capital.

Sara Virna Alves Barros, Geraldo Eduardo Guedes de Brito, Maria de Lourdes
Pontes, Claudia Santos Martiniano.

Resumo:

Objetivo: Analisar as percepções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma capital do nordeste do Brasil acerca da realização do exame de Papanicolau. **Método:** estudo exploratório e qualitativo, com coleta de dados por meio de um questionário semi-estruturado *online*, com taxa de resposta de 47,3%, correspondendo a 115 enfermeiros. Os dados foram analisados e separados em 115 Unidades de Contexto Inicial (UCI), através do *software* ALCESTE, versão 2012 e submetidas à análise de conteúdo segundo Bardin. **Resultados:** Seguindo a percepção dos enfermeiros, as principais potencialidades da ESF para a realização

do exame foram atividades de educação em saúde, o acompanhamento longitudinal e integral das mulheres e a facilidade de acessibilidade geográfica à Unidade Básica de Saúde (UBS). As Equipes de Saúde da Família (EqSF) organizam a oferta da coleta do exame em dias previamente definidos com agendamento por demanda espontânea. Para ampliar o acesso ao exame os enfermeiros diversificam turnos de coleta e captam usuárias em datas comemorativas e campanhas. Sobre as fragilidades foram apontadas a falta de conhecimento sobre o exame, o medo, interferência do parceiro e a vergonha, além de discursos associados à gestão do processo de trabalho. Conclusões: Conclui-se que práticas educativas, busca ativa e organização da oferta, são fatores facilitadores para a realização do exame, sendo os dificultadores, a escassez de insumos e o longo intervalo para a entrega do resultado, além dos estigmas e experiências negativas das usuárias. São necessárias, assim, medidas para resolver o impasse, como a captação das usuárias não apenas para a realização do exame, mas também desenvolver ações educativas de forma eficaz, o estabelecimento de um melhor fluxo de material e insumos, além de uma rede de apoio ao diagnóstico de lesões precursoras do câncer do colo do útero, mais organizada no município.

Palavras-chave: Exame Papanicolau; Atenção Básica à Saúde; Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perceptions of nurses from the Family Health Strategy (FHS) in a northeastern capital of Brazil about the Pap smear. Method: exploratory and qualitative study, with data collection through a semi-structured online questionnaire, with a response rate of 47.3%, corresponding to 115 nurses. The data was analyzed and separated into 115 Initial Context Units (ICU), through the ALCESTE software, version 2012 and subsequently submitted to content analysis according to Bardin. Results: The main potentialities of the FHS for the examination were health education activities, longitudinal and integral follow-up of women and the ease of geographical accessibility to the Basic Health Unit (BHU). The Family Health Teams (FHT) organize the offer of the exam collection on previously defined days with spontaneous demand scheduling. To broaden the access to the exam, nurses indicated the diversification of

collection shifts and the attraction of women on commemorative dates and campaigns. In regards to the weaknesses, the lack of knowledge about the exam, fear, partner interference and shame, as well as speeches associated with the management of the work process were pointed out. Conclusions: It was concluded that educational practices, active search and organization of the offer are facilitating factors for the examination, being the difficulties the lack of inputs and the long interval for the delivery of the result, besides the stigmas and negative experiences of the users. Therefore, measures are needed to resolve these impasses, such as attracting users not only to perform the exam, but also to develop educational actions effectively, the establishment of a better flow of materials and inputs, in addition to a more organized support network for the diagnosis of precursor lesions of cervical cancer in the municipality.

Keywords: Pap smear; Primary Health Care; Nursing care.

INTRODUÇÃO

Anualmente cerca de meio milhão de mulheres são diagnosticadas com câncer de colo de útero (CCU), resultando em mais de 300.000 mortes em todo mundo, sendo 90% destes casos ocorrem em países de baixa ou média renda. Sua expressiva incidência o coloca como a quarta causa de mortes por câncer entre a população feminina mundial. Seguindo esta tendência mundial, no Brasil, a incidência do CCU ocupa o terceiro lugar em relação à população feminina, acometendo 8,1% desta população. Quando se descarta os tumores de pele não melanoma, ele é o primeiro lugar na região Norte, o segundo nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e o quarto nas regiões Sul e Sudeste (COHEN, et al., 2019; BRASIL, 2017 a).

Por se tratar de uma doença evitável, as estratégias para seu rastreamento são consideradas as mais importantes medidas preventivas para a diminuição dos impactos do CCU, uma vez que permitem a detecção de sua forma invasiva em estágio inicial. A efetividade destes programas é evidenciada pela redução da mortalidade por esse tipo de câncer em 50% nos últimos 30 anos nos países desenvolvidos, onde este investimento foi feito (COHEN, et al., 2019; JASSIM; OBEID; NASHEET, 2018).

Neste contexto, o Exame de Papanicolau (EP) é utilizado amplamente, com vistas à identificação precoce de precursores do CCU que podem ser removidos antes

da progressão para a sua forma invasiva. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que o rastreamento por esse exame deva acontecer para todas as mulheres que iniciaram atividade sexual e estão entre 25 e 64 anos de idade com um intervalo de um ano, e, após dois resultados anuais normais, o exame deve ser coletado a cada três anos (BRASIL, 2016 a).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS) se configura, por meio, da Estratégia Saúde da Família (ESF) a porta preferencial de entrada para usuários do sistema de saúde. No que diz respeito ao CCU, é neste nível de atenção à saúde onde devem ser realizadas as ações preventivas e de rastreio, como a vacinação de grupos prioritários para o Papiloma Vírus Humano (HPV) e a detecção precoce das lesões precursoras por meio do EP (BRASIL, 2016 b).

Desde sua implantação no ano de 1994 até o ano de 2017, a ESF ampliou significativamente o acesso da população aos serviços de saúde, e entre eles, ao EP. O incremento no número de Equipes Saúde da Família (EqSF) implantadas no território nacional nos últimos 20 anos foi de mais de 2.000% e a cobertura populacional saltou de 4,4% em 1998 para cerca de 70% em 2017 (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Assim, é possível inferir que associada à expansão da ESF houve a ampliação da oferta do rastreamento do CCU, porém, evidências apontam ainda uma baixa cobertura entre mulheres das regiões mais vulneráveis socialmente do Brasil (BARCELOS et al., 2017).

Em 2012, o MS, por meio da implantação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criou indicadores para avaliação da qualidade dos serviços das unidades de saúde, e, um desses indicadores é a cobertura do EP. De acordo com a análise dos dados do 1º Ciclo do PMAQ-AB, apenas metade das EqSF no Brasil possuíam estrutura adequada para o rastreio do CCU por meio do EP e apenas 30% das equipes avaliadas como adequadas para a detecção do CCU (TOMASI et al., 2015). Assim, evidencia-se que as EqSF convivem no seu cotidiano de trabalho, entre diversos outros, com entraves na realização sistemática do EP, tanto quanto à sua operacionalização, quanto em relação à adesão das usuárias ao exame (BRASIL, 2015).

Esforços recentes para a compreensão dos fatores que levam a realização ou não do EP têm sido feitos por meio de estudos no Brasil (MIRANDA; REZENDE; ROMERO, 2018; ACOSTA et al., 2017; SEBOLD et al., 2017; NOGUEIRA; MORAES,

2017; RODRIGUES; SCHONHOLZER; LEMES, 2016; ALBUQUERQUE et al., 2016; ZANCAN et al., 2016). No entanto, são escassos na literatura nacional estudos que investigaram a realização do EP a partir de dados primários obtidos de enfermeiros atuantes na ESF. Barcelos et al. (2017) verificaram a influência de desigualdades regionais na qualidade do rastreamento do CCU no Brasil, o que justifica também a realização de estudos nos diferentes contextos socioeconômicos nacionais. Assim, este artigo teve como objetivo analisar as percepções de enfermeiros da ESF de uma capital do nordeste do Brasil acerca da realização do EP.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório e qualitativo, desenvolvido com enfermeiros atuantes na ESF de uma capital do nordeste do Brasil. No período da coleta de dados (de 28 de janeiro a 28 de fevereiro de 2019) o município possuía 275 EqSF implantadas, distribuídas em oito Distritos Sanitários de Saúde. Segundo dados da secretaria de saúde do município, destas EqSF, 241 funcionam em unidades integradas nas quais estão ocupando o mesmo espaço físico de duas a quatro equipes.

Inicialmente, foi solicitada às direções dos Distritos Sanitários de Saúde do município, a relação de e-mails dos enfermeiros atuantes na ESF. A partir da consolidação do material fornecido, foi elaborada uma lista com 271 e-mails. Procedeu-se a redação de um corpo de e-mail convidando os enfermeiros para participarem do estudo e ao fim, o link para acesso ao instrumento de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário semi-estruturado online. O instrumento de coleta de dados foi formatado na plataforma Google Forms. A primeira página do instrumento era o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente após a aceitação do participante na pesquisa, por meio da marcação à opção “eu aceito participar livremente da pesquisa” a página com as questões do instrumento era acessada. Visando evitar perdas, o envio final do instrumento era condicionado ao preenchimento de todas as questões. O banco de dados foi armazenado na plataforma Google Drive em formato Excel.

Para este estudo, foram utilizadas três questões abertas do questionário: “em sua avaliação, quais são as principais barreiras para que as mulheres realizem o EP periodicamente? Explique sua resposta com o máximo de informações possível”, “em sua avaliação, quais são os principais facilitadores para que as mulheres realizem

o EP periodicamente? Explique sua resposta com o máximo de informações possível” e “quais ações para ampliar o número de EP realizados sua equipe de saúde da família desenvolve?”. As respostas dessas questões foram transportadas da planilha Excel para um documento Word, onde o corpus de análise foi composto por 115 Unidades de Contexto Inicial (UCI)¹ e foi preparado e salvo em formato *.txt.

O primeiro e-mail convite foi enviado aos 271 e-mails no dia 28/01/2019. Destes 271 e-mails enviados, 28 não foram entregues aos destinatários. Assim, foram efetivamente convidados à participar do estudo 243 enfermeiros. O questionário online ficou disponível para resposta do dia 28/01/2019 ao dia 28/02/2019 e 115 enfermeiros o acessaram e completaram o seu preenchimento completo, o que corresponde a uma taxa de resposta de 47,3%. Não houve declaração de recusa à participação na pesquisa.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o software ALCESTE, versão 2012, que realiza uma análise quali-quantitativa de um corpus textual que objetiva identificar classes de palavras que representam diferentes formas de discurso a respeito de um tópico de interesse (SOUZA et al., 2009). Este software utiliza métodos estatísticos por meio da segmentação, classificação hierárquica, análise de correspondências, entre outros, configurando-se em um método de exploração e descrição. Agrupa as raízes semânticas, definindo-as por classes, levando em consideração a função da palavra dentro de um dado texto. Nestas classes, são elencadas listas de palavras que as caracterizam por meio do Teste Qui-quadrado, apresentando assim, a força de associação de cada palavra e sua respectiva classe (AZEVEDO; COSTA; MIRANDA, 2013).

Após a análise do software ALCESTE, as Unidades de Contexto Elementar (UCEs) de cada uma das classes identificadas foram submetidas à criteriosa análise de conteúdo (leitura flutuante do material final e elaboração de indicadores iniciais das UCE de cada classe, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação) segundo Bardin 2016. A partir desse procedimento, as classes geradas pelo Alceste foram nomeadas e organizadas para apresentação na seção resultados.

A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do

¹ As Unidades de Contexto Inicial (UCI) corresponde a uma categorização prévia dos participantes do estudo. Assim, o número de UCI em um *corpus* equivale ao número de participantes.

Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, parecer número 2.924.765 de 28 de setembro de 2018 (CAAE: 94108918.8.0000.5188). Assim, todos os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a resolução 466/2012.

RESULTADOS

A amostra correspondeu a 115 enfermeiros das EqSF do município em estudo, destes, 48,7% concluíram a graduação entre os anos de 2001 e 2010, sendo que 93,9 % possui algum curso de especialização. Com relação ao vínculo na ESF, 80,9% possui mais de dez anos acumulado na ESF, e, 73,0% estão no município do estudo há mais de dez anos, estando na mesma EqSF a mais de 3 anos também 73,0% dos enfermeiros.

Houve aproveitamento de 77% do *corpus* textual, correspondendo a 119 Unidades de Contexto Elementar (UCE) que definiram três classes. A classe 1 é composta por 44 UCE (36%) e foi denominada de “potencialidades para a realização do EP”. A classe 2 é composta por 24 UCE (20%) e recebeu o nome de “organização da oferta da coleta do EP” e a classe 3, com 51 UCE (44%) foi intitulada de “fragilidades para a realização da coleta do EP”. A seguir, essas classes são exploradas em profundidade.

Classe 1 - Potencialidades para a realização do exame de Papanicolau

O tratamento analítico dessa classe apontou que as principais potencialidades da ESF para a realização do EP foram o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, o acompanhamento longitudinal e integral das mulheres adscritas e a facilidade de acessibilidade geográfica a Unidade Básica de Saúde (UBS). A UCE a seguir ilustra esse resultado.

As facilidades são o acesso à unidade e a oferta do serviço. Também, as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde, palestras na UBS, sensibilização das mulheres nas consultas de planejamento familiar e puericultura. UCE

No que se refere à educação em saúde, os discursos dos enfermeiros apontaram que a temática da prevenção do CCU encontra-se inserida de maneira transversal em diversas atividades realizadas pela equipe. Entre essas, foram declaradas as salas de espera, palestras, grupos, acolhimento, visitas domiciliares e consultas das diversas linhas de cuidado. Outro aspecto importante observado é que o trabalho de educação em saúde era desenvolvido por diversos trabalhadores da ESF, como o enfermeiro, o médico, o cirurgião-dentista, ACS e técnicos de enfermagem.

O que facilita é o fácil acesso ao serviço, palestras em sala de espera, busca ativa, com todos os membros da equipe de saúde da família envolvidos. UCE 35

Palestras diárias, no acolhimento, visitas domiciliares com ênfase na importância da realização do exame são ações importantes para a captação de pacientes. UCE 143

Também facilita a realização de palestras antes das coletas do Exame de Papanicolau e a observação e busca nas consultas médicas e de enfermagem sobre a regularidade do exame. UCE 107

Ademais, por não se tratar de um acompanhamento específico e pontual, mas sim, para todas as necessidades em saúde como contato preferencial, possibilita a abordagem do tema nos diversos momentos de encontro entre trabalhadoras-usuárias. Outro aspecto importante aqui, foi o papel das visitas domiciliares dos ACS e a busca ativa de mulheres para a realização de exames em diversas ações das EqSF.

De acordo com o declarado pelos enfermeiros, outro fator que facilita a realização do EP é a proximidade da UBS à residência das usuárias adscritas.

Que durante qualquer tipo de atendimento da mulher na faixa etária de risco, é reforçada a necessidade do Exame

de Papanicolau. O que facilita também a realização do Exame de Papanicolau é o vínculo da equipe com a comunidade. UCE 70

As facilidades para a realização do Exame de Papanicolau são as orientações dos ACS nas visitas diárias e busca ativa, informações e palestras em sala de espera e educação em saúde. UCE 32

[...] As facilidades são a boa oferta do serviço, ser perto de casa e a realização de ações na área como palestras. UCE 80

[...] As facilidades por ser semanal e próximo da residência, além da confiança na enfermeira. UCE 134

Classe 2 - Organização da oferta da coleta do exame de Papanicolau

Nesta classe emergiram diversas características da oferta do EP nas UBS dos enfermeiros. Verificou-se que a maioria das EqSF ofertava acesso facilitado ao exame ao organizar a coleta do exame por demanda espontânea, em dias previamente definidos.

[...] as facilidades são a proximidade da unidade, fácil acesso, número de vagas disponível, não necessita marcação, demanda [...] UCE 120

[...] como facilidade para realização do exame de papanicolau destaco o fato de ser por demanda, deixamos livres para o dia possível [...] UCE 64

Com vistas a ampliar o acesso ao EP, em períodos específicos, foi apontada a diversificação de turnos de oferta e investimento na captação de usuárias em datas comemorativas e campanhas.

As facilidades são a oferta por demanda sem agendamento prévio e também não há restrição de ser por usuárias da equipe de saúde da família, na ocasião do mês da mulher e outubro rosa, oferecemos ação coletiva e coletas diurna e noturna por demanda. UCE 128

[...] ação coletiva com toda equipe de saúde da família nos meses de comemoração ao dia da mulher e no outubro rosa. UCE 145

A análise interpretativa das UCE dessa classe identificou que as EqSF organizam a oferta do EP por meio da definição de dias e horários em turnos específicos semanais (ação programada), também com agendamento por demanda espontânea. Ressalta-se que, a regra da adscrição de clientela por equipe é secundarizada em detrimento do acesso.

Outra facilidade é a coleta três vezes por semana sem necessidade de agendamento e para qualquer uma das enfermeiras da unidade, não necessariamente usuária teria que fazer o Exame de Papanicolau no dia da sua Equipe de Saúde da Família. UCE 24

[...] as facilidades para a realização do exame de papanicolau são a oferta por demanda, não deixar de atender mulheres de outras equipes de saúde da família da área adscrita [...] UCE 73

Além da programação na agenda semanal das EqSF, os participantes do estudo declararam que, com vistas a ampliar o número de EP realizados anualmente, são realizadas ações específicas (mutirões, busca ativa, por exemplo) para coleta de exames em datas comemorativas, como o outubro rosa e no mês da mulher. Nesse momento de oferta de ações específicas verificou-se a oferta do exame em turno alternativo (noturno), viabilizando a utilização desse serviço às mulheres trabalhadoras na UBS a qual são adscritas.

Atualmente pedimos buscas ativas pelos Agentes Comunitários de Saúde e ofertamos ações coletivas na unidade a exemplo do mês da mulher, outubro rosa, com oferta no turno noturno. UCE 104

Orientações adequadas sobre o exame de Papanicolau por todos os profissionais da equipe de saúde da família além da oferta de ações de coleta noturna para mulheres que trabalham, realizados duas vezes ano passado e uma vez este ano. UCE 23

Classe 3 - Fragilidades para a realização da coleta do exame de Papanicolau

A classe 3 identificou claramente as fragilidades para a realização do EP apontadas pelos participantes do estudo, associando em suas UCE as potencialidades e possibilidades de organização da oferta já apresentadas nas classes 1 e 2. Entre as fragilidades identificadas, destacou-se, relacionadas às mulheres, tais como: a falta de conhecimento sobre o exame, o medo, interferência do parceiro e a vergonha em expor os seus corpos. As fragilidades estavam presentes ainda nos discursos associados à gestão do processo de trabalho emergiram a demora na entrega do resultado do exame e a falta de materiais para a sua realização.

As barreiras para a realização do exame de Papanicolau são o constrangimento, medo, interferência do parceiro e falta de conhecimento. UCE 32

As principais barreiras são a vergonha e o medo, as usuárias tem medo dos resultados. UCE 13

As principais barreiras são a vergonha, a falta de responsabilização com seu autocuidado. UCE 11

A identificação das fragilidades é trazida pelos enfermeiros como presente

na observação cotidiana do seu trabalho revelando a busca pelo EP alinhado à queixa clínica e não devido à prevenção propriamente dita. Os enfermeiros do estudo observaram também fragilidades relacionadas ao medo tanto do exame quanto do possível diagnóstico que ele pode trazer; e ainda a vergonha de expor seu corpo na realização do exame, falta de conhecimento sobre o EP e a interferência de parceiros na sua realização.

Também é uma barreira o fato que acham que só deve ser realizado quando tem queixas tipo corrimentos vaginais ou dores pélvicas e na relação sexual, desconhecem o caráter preventivo. UCE 115

[...] As barreiras são o desconhecimento de como o Exame de Papanicolau é realizado, algumas acham que o útero é colocado para fora, que tira um pedaço, que dói. UCE 114

A barreira é a falta de conhecimento sobre a importância da realização do Exame de Papanicolau. UCE 35

As barreiras para a realização do exame de papanicolau são o constrangimento, medo, interferência do parceiro e falta de conhecimento [...] UCE 32

Em se tratando das questões relacionadas à gestão do processo de trabalho, os enfermeiros apontaram várias situações que, fragilizam a realização do EP nas USB no município. A demora na chegada do resultado dos exames coletados na unidade, bem como a falta de resultado. Outra dificuldade é a falta de material e insumos, tanto em relação aos materiais usados para a coleta do exame quanto em relação a outros insumos que também inviabilizam a sua coleta.

[...] A maior barreira no momento é a demora no resultado do exame, desmotivando a clientela a vir realizar a coleta. UCE 153

[...] a demora ou ausência na entrega do exame da Papanicolau. UCE 11

As barreiras são preconceito, interrupção da oferta do serviço por problemas gerenciais como a falta de material, falta de água, profissional de férias sem substituto [...] UCE 85

As barreiras são a descontinuidade da realização dos exames de Papanicolau por falta de material, demora no retorno dos resultados, sessenta dias. UCE 79

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontaram que a ESF favorece a acessibilidade geográfica ao EP. Logo, destaca-se aqui que, além de ampliar a oferta de serviços de saúde, ela aproximou o mesmo do local de residência de seus usuários, o que possibilita a organização do serviço a partir das reais necessidades de saúde da população e o fortalecimento do vínculo entre a EqSF e seus usuários. No caso específico do EP, na ESF vem sendo oportunizada a realização da coleta de material a um número cada vez mais expressivo de usuárias das equipes desse município.

A acessibilidade geográfica do serviço de primeiro contato, como o caso da ESF, está diretamente relacionada à possibilidade de maior e melhor oferta de ações de saúde de acordo com as necessidades de saúde da população (STARFIELD, 2002). A atual PNAB (BRASIL, 2017 b) assume a importância do acesso facilitado aos serviços de saúde à população como uma ferramenta qualificação do vínculo dos usuários a uma equipe de referência.

Cabe destacar, que desde meados da década de 1980, no Brasil, com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tem se estimulado a realização da coleta de material desde exame no âmbito da APS (BRASIL, 2016 b). Porém, no período que antecede a implantação da ESF, não existia uma política nacional de APS e estes serviços funcionavam com segmentação da cobertura e com assistência fragmentada (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A proximidade dos profissionais com a comunidade e a interação no

território de atuação das EqSF facilitam o conhecimento dos problemas que afetam a população atendida na APS (ARANTES, 2016). Consequentemente, longa distância geográfica entre os usuários e a UBS fragiliza a assistência integral interferindo no acesso aos serviços de saúde (MOREIRA; VIEIRA; COSTA, 2016).

A possibilidade de acompanhar longitudinalmente e de maneira integral as mulheres sob sua responsabilidade também emergiu como uma importante potencialidade da ESF. Ao serem cuidados por uma equipe específica por longos períodos de tempo, é possível se estabelecer relações de confiança e vínculo, o que favorece o processo de corresponsabilização. Uma importante característica verificada no perfil dos enfermeiros participantes deste estudo é que a grande maioria deles encontrava-se inserida na sua atual EqSF por mais de três anos, o que favorece a construção do vínculo longitudinal entre os profissionais e usuários.

Estudo anterior verificou que para os usuários, a rotatividade de profissionais na ESF ocasiona dificuldade no estabelecimento de vínculo com os profissionais de saúde (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015). O vínculo formado entre as usuárias e os enfermeiros na APS é considerado um facilitador para a realização do EP nas UBS, onde são geralmente estas que fazem a coleta do exame (OLIVEIRA et al., 2015).

Sabe-se que o vínculo longitudinal é um dos atributos essenciais da APS e desempenha um papel de extrema relevância para a operacionalização do processo de trabalho das EqSF e consequentemente, na produção do cuidado. Ele pode ser entendido como uma característica relacional, oriunda da relação de interação entre trabalhadores da saúde e os usuários. Trata-se então de um processo dialético e “corresponsabilização, de empoderamento do usuário para seu autocuidado, com garantia de que os serviços estejam de portas abertas, garantindo atendimento efetivo às necessidades de saúde da população” (SANTOS; ROMANO; ENGSTRON, 2018).

A educação em saúde emergiu nos discursos dos entrevistados como uma importante ferramenta para a sensibilização das usuárias quanto à realização da coleta de material para o EP. Ela se configurou como um processo transversal ao processo de trabalho das EqSF, acontecendo em todos os momentos e por todos os profissionais as compõem.

Para que haja uma boa adesão ao EP é relevante que haja conhecimento sobre a doença, assim como a importância dele para o diagnóstico de lesões precursoras do CCU (SILVA et al., 2017). Muitas mulheres não realizam o EP por

desconhecer a sua importância na prevenção do CCU e suas lesões precursoras(NOGUEIRA; MORAES, 2017). Neste sentido, é necessário que ações educativas em saúde relacionadas ao CCU, abordem, entre outros, a importância e o objetivo do EP, bem como os cuidados necessários para sua realização, além da humanização da relação entre profissional e usuária, durante a consulta ginecológica para realização do mesmo (BRASIL, 2013).

Em uma experiência na região metropolitana de Porto Alegre onde se utilizaram práticas educativas e educação popular em saúde junto às mulheres com atenção para o CCU e seu diagnóstico precoce através do EP, observou-se um aumento considerável da cobertura do exame (de 10% para 50%) inclusive entre as mulheres que anteriormente se negavam a realizar o exame (ALVES; ALVES; ASSIS, 2016).

Porém, mesmo os enfermeiros citando a educação em saúde fortemente, também é trazido por eles o medo, a vergonha e o desconhecimento das usuárias como fator que leva à não realização periódica do EP. Isso sugere que talvez a educação em saúde não esteja sendo efetiva ou não esteja chegando a uma parcela considerável das usuárias. Outra questão a ser debatida é que a partir do discurso dos entrevistados, uma parcela importante das mulheres realiza o EP apenas quando já estão com algum tipo de queixa, geralmente, ginecológica.

Ações que desmistifiquem crenças, medos bem como atitudes relacionadas à vergonha que prejudicam a prevenção à saúde tendem a melhorar a adesão ao EP, pois, aumentam a procura das usuárias aos serviços de saúde (SILVA et al., 2015). A partir da percepção de usuárias de um serviço de saúde sobre o acesso ao EP, algumas delas consideram como dificuldade o desconhecimento, trazendo entre outros, o medo, vergonha, falta de tempo, receio de descobertas como as barreiras para realização do exame (SOUZA e cols, 2019).

Os profissionais das EqSF entendem educação em saúde de duas maneiras distintas, parte pautada na educação participativa com caráter crítico-reflexivo proporcionado espaço de troca e construção coletiva com valorização dos saberes populares, enquanto alguns poucos ainda o entendem de maneira tradicional onde a intenção é ensinar o que é correto apenas na sua visão unilateral, e, o que se observa é que ela só consegue gerar impactos positivos se for entendida da primeira forma (SILVA et al., 2015).

As evidências da literatura especializada identificam que questões

relacionadas à desinformação, conhecimentos equivocados ou insuficientes são importantes barreiras para a adesão das mulheres à realização de medidas preventivas para o CCU. Logo, ao não conhecerem a importância da realização do EP, as usuárias podem não associá-lo a uma prática de saúde (AGUIAR; SOARES, 2015). Grande número de mulheres justifica a não realização do EP na rotina necessária, por ausência de sintomas o que compromete o diagnóstico de lesões precursoras do CCU (BAIA et al., 2018). Cabe destacar que a realização do EP não deve ter como finalidade o diagnóstico de processos inflamatórios ou infecções vaginais, a usuária quando estiver com queixas de corrimentos ou secreções vaginais anormais deverá ser tratada, segundo as recomendações, e, só depois, seguir o rastreamento adequado (BRASIL, 2016 b).

O descompasso verificado entre a percepção dos enfermeiros deste estudo sobre a importância da educação em saúde e a persistência de situações como medo, vergonha e desconhecimento acerca do exame pelas usuárias pode indicar varias falhas, entre elas as ações de educação em saúde que talvez estejam sendo restritas à captação numérica de usuárias para o cumprimento de metas em relação à quantidade de exames que precisam ser coletados. Que pode ocasionar uma restrição da amplitude da educação em saúde ao campo normativo, apenas indicando que a usuária necessita fazer o exame anualmente, sem aprofundar outras questões.

A oferta do EP na maior parte das unidades deste estudo é realizada por demanda espontânea e sem a necessidade de um agendamento prévio, facilitando a busca da mulher ao serviço no momento mais oportuno para esta. Esta demanda é ainda facilitada pela estrutura física de grande parte das unidades estarem comportando mais de uma EqSF e estas equipes fazerem a coleta do exame de usuárias de todas as equipes adscritas à unidade, não restringindo o exame dor equipe. Este fato amplia a oferta do serviço e sinaliza uma integração do trabalho entres as equipes que ocupam o mesmo espaço físico através com uma flexibilização na agenda para coleta do EP.

A rigidez da agenda é uma das causas para a baixa cobertura no rastreamento pelo EP no Brasil, pois, dificulta o acesso das mulheres ao serviço. Então, a organização dos serviços na APS, precisa propiciar acessibilidade e resolutividade para que o seu papel da Rede de Atenção à saúde seja efetivo (BRASIL, 2016 a). É observada uma melhoria do acesso na ESF em unidades que possuem mais de uma equipe ocupando o mesmo espaço físico por permitir a escolha da

usuária por realizar o seu atendimento por outra equipe que atue na mesma unidade melhorando assim o ponto de vista organizacional, através de flexibilização e diminuição da rigidez das agendas melhorando a comunicação entre os usuários e EqSF (TESSER; NORMAN; VIDA, 2018). A ampliação da adesão e cobertura do EP também é observada quando há a disponibilização da procura ao exame sem agendamento prévio (ALVES; ALVES; ASSIS, 2016).

Outro resultado importante verificado neste estudo foi a diversificação de turnos para atender às usuárias trabalhadoras que têm a dificuldade de ir ao serviço de saúde no horário de funcionamento normal (horário comercial). As equipes se organizam para realizar algumas vezes por ano o EP no turno da noite. Este horário foi trazido também pelos profissionais, como importante também para as mulheres que não tem com quem deixar seus filhos no período da manhã ou da tarde e aproveitam o turno noturno deixando com algum parente ou companheiro que estão no período noturno em casa, com certa frequência.

Na atual PNAB (BRASIL, 2017 b) os horários estendidos e as formas de agendamento asseguram o acesso dos usuários aos serviços de saúde. E o processo de trabalho na APS deve promover atenção integral, contínua e organizada à população com vistas a atender as demandas da sua área adscrita. O horário de funcionamento ampliado, pela utilização de horário do almoço, e noturno assim como os sábados nas UBS é um facilitador do acesso dos usuários à saúde observada como uma desburocratização e ampliação por meio da organização funcional das equipes (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

A realização do EP apenas no horário de funcionamento habitual das USB foi citada pelas usuárias, em alguns estudos, com uma barreira à sua realização devido à inserção delas no mercado de trabalho bem como pela dificuldade de liberação para ir à unidade neste horário, então, elas tendem a adiar a coleta do EP para dias de folga ou período de férias (SILVA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015).

As ações e mutirões ofertados pelas EqSF no município chamam a atenção da população em datas comemorativas que fazem alusão ao dia das mulheres, dia do trabalhador e outubro rosa. Nessas datas são feitas captações para orientações das mulheres em relação aos cuidados com a saúde e prevenção de doenças, entre elas a prevenção do CCU com a realização do EP.

Pesquisa sobre a qualidade da APS no Brasil trás os processos de organização da oferta e gestão do cuidado pelas EqSF através da melhoria dos fluxos

do usuário no serviço, assim como mutirões ou campanhas como essenciais para aumentar a efetividade da ESF garantindo o acesso, a integralidade e a resolutividade nos serviços, inclusive em se tratando do rastreamento do CCU (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Embora exista o trabalho das equipes para a melhoria da oferta do EP, há componentes relacionados à gestão do processo de trabalho que comprometem a realização do exame, que são a falta de material para a coleta do exame e a demora na chegada dos resultados dos exames, resultados estes que algumas vezes não chegam à unidade. Isso desacredita a coleta no exame na UBS, e, fragiliza o vínculo das mulheres às EqSF comprometendo o acompanhamento longitudinal das usuárias. Em uma pesquisa sobre o acesso e qualidade do atendimento para realização do EP, as usuárias referiram o descrédito com o serviço, secundário ao longo período esperado para o resultado do exame (SOUZA e cols, 2019).

A atual PNAB (BRASIL, 2017 b), quando trata do funcionamento adequado da APS, deixa evidente a necessidade de garantia de disponibilização de equipamentos, materiais e insumos necessários para que a atenção à saúde prestada seja realizada e não haja desabastecimento que suspenda os serviços. A falta de material para realização do EP é uma realidade observada em uma a cada cinco unidade saúde segundo uma pesquisa realizada na qual se analisou, através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, e, para melhoria da adesão ao EP, a estrutura adequada das UBS, agilidade no resultado e o bom processo de trabalho na APS no Brasil com relação à prevenção do CCU são primordiais (TOMASI et al., 2015).

A falta de material para a coleta do exame na APS pode prejudicar a realização dos exames nas UBS (OLIVEIRA et al., 2015). A redução no tempo de entrega contribui para a melhoria da cobertura do EP (MAIA; SILVA; SANTOS, 2018). A resolução de falta de material e a diminuição no tempo de chega dos resultados dos exames foram problemas que ao serem resolvidos contribuíram com o aumento do número de exames na UBS (BARBOSA, 2017).

CONCLUSÕES

Depreende-se a partir dos resultados desta pesquisa que o acesso facilitado devido à posição geográfica da USF ser próxima a residência da mulher,

práticas educativas e a busca ativa realizada pelos profissionais na APS são fatores facilitadores para a realização do EP tendo se tornado fundamental para sensibilização ao cuidado preventivo com uma melhor adesão ao exame no município em estudo. Atrelado a essas, organização da oferta do exame a fim de tornar a coleta uma rotina do cotidiano dessas mulheres por meio de estratégias como a organização da agenda, sem restrição de coleta de usuárias adscritas a outras EqSF nas unidades integradas, assim como atividades que possibilitem facilidade do acesso como a coleta do EP em datas festivas e horários noturnos, melhoram o rastreamento do exame.

No entanto, é perceptível que alguns estigmas ainda permeiam as mulheres que não aderem à realização do exame como medo, vergonha, falta de conhecimento e experiências negativas. Outro aspecto dificultador relatado é a escassez de insumos para a coleta do exame e o longo intervalo entre a realização e a entrega do resultado. Deve-se considerar que estas situações prevalecem sob a importância da realização do exame e seu objetivo principal para essas mulheres, implicando numa disseminação de informações errôneas na comunidade.

Portanto, medidas são necessárias para resolver o impasse, como a captação das usuárias não apenas para a realização do exame, mas também desenvolver ações de cunho educativo de forma eficaz, com o objetivo de mostrar a importância da realização do EP, demonstrar como o exame realizado e esclarecer dúvidas deste público. E, além disso, que se estabeleça no município um melhor fluxo de material e insumos, além de uma rede de apoio ao diagnóstico de lesões precursoras do CCU mais organizada.

Nesse sentido, torna-se essencial o envolvimento de toda equipe de saúde na busca, principalmente, das mulheres que já tiveram relação sexual e estão na faixa etária preconizada pelo MS e que não realizam o EP na rotina adequada. É importante que os resultados encontrados neste estudo subsidiem discussões e contribuam para melhoria no trabalho das EqSF, para uma melhor adesão das usuárias ao EP bem como ao diagnóstico de lesões precursoras do CCU para que a qualidade de saúde das mulheres no município seja cada vez melhor.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Daniele Ferreira et al. Vivenciando o exame papanicolau: entre o (não) querer e o fazer. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 8, p. 3031-3038, 2017.

AGUILAR, Rebeca Pinheiro; SOARES, Daniela Arruda. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 359-379, 2015.

ALBUQUERQUE, Vanessa do Rosário et al. Exame preventivo do câncer de colo do útero: conhecimento de mulheres. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 5, p. 4208-4218, 2016.

ALVES, Solange Reffatti; ALVES, Alexandre Oliveira; ASSIS, Michelli Cristina S. Educação popular em saúde como estratégia à adesão na realização do exame colpocitológico. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 570-4, 2016.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016.

AZEVEDO, D. M.; COSTA, RK de S.; MIRANDA, FAN de. Uso do Alceste na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. **Rev enferm UFPE**, v. 7, n. 1, p. 5015-5022, 2013.

BAIA, Elisana Meneses et al. Dificuldades enfrentadas pelas mulheres para realizar o exame papanicolau: revisão integrativa. **Nursing (São Paulo)**, v. 21, n. 238, 2018.

BARBOSA, Juliana Leite. Exame de papanicolau: estratégias para melhoria da adesão das mulheres entre 25 e 64 anos. 2017.

BARCELOS, Mara Rejane Barroso et al. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. **Revista de saude publica**, v. 51, p. 67, 2017.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2016.

BRASIL. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016 b.

_____. Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV (POP-Brasil): Resultados preliminares – Associação Hospitalar Moinhos de Vento – Porto Alegre, 2017 a.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar. Coordenação de Prevenção e

Vigilância. Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017 b.

_____. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016 a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2013.

COHEN PA, Jhingran A, Oaknin A, Denny L. Cervical cancer. Lancet. 2019 Jan 12;393(10167):169-182. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32470-X. Review. PubMed PMID: 30638582.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018.

FONTANA, Karine Cardoso; LACERDA, Josimari Telino de; MACHADO, Patrícia Maria de Oliveira. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 64-80, 2016.

JASSIM, Ghufra; OBEID, Alaaeddin; NASHEET, Huda A. Conhecimento, atitudes e práticas em relação ao câncer do colo do útero e triagem entre mulheres que visitam centros de atenção primária à saúde no Bahrein. **BMC saúde pública**, v. 18, n. 1, p. 128, 2018.

MAIA, Melanie Noël; SILVA, Rhayane Peres de Oliveira; SANTOS, Laís Pimenta Ribeiro. A organização do rastreamento do câncer do colo uterino por uma equipe de Saúde da Família no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-10, 2018.

MIRANDA, Avanilde Paes; REZENDE, Emilly Veloso; ROMERO, Natália Stephane Alves. Percepção e adesão das mulheres quanto ao exame citopatológico. **Nursing (São Paulo)**, v. 21, n. 246, p. 2435-2438, 2018.

MOREIRA, Kênia Souto; VIEIRA, Maria Aparecida; COSTA, Simone de Melo.

Qualidade da Atenção Básica: avaliação das equipes de saúde da família. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 117-127, 2016.

NOGUEIRA, Karla Regina Celestino; MORAES, Marilúcia Mota de. Prevenção do câncer cervical: o conhecimento das usuárias em uma equipe de saúde da família. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 5, p. 1892-1901, 2017.

OLIVEIRA, Jorge Luis Tavares de et al. Intervenções dos enfermeiros na atenção primária à saúde para prevenção do câncer de colo de útero. 2015.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

RODRIGUES, Juliana Zenaro; SCHÖNHOLZER, Tatiele Estefâni; LEMES, Alisséia Guimarães. Perfil das mulheres que realizam o exame Papanicolau em uma Estratégia de Saúde da Família. **Journal of Nursing and Health**, v. 6, n. 3, p. 391-401, 2016.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; ROMANO, Valéria Ferreira; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, e280206, 2018.

SEBOLD, Luciara Fabiane et al. A percepção de mulheres sobre o exame preventivo de câncer uterino e os seus resultados. **Journal of Nursing and Health**, v. 7, n. 2, p. 164-77, 2017.

SILVA, Juliana Rafaela Andrade et al. Educação em saúde na estratégia de saúde da família: percepção dos profissionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 75-81, 2015.

SILVA, Luana Rodrigues et al. . Educação em saúde como estratégia de prevenção do câncer do colo do útero: revisão integrativa. **Rev Pre Infec e Saúde**, v.3,n.4,p.35-45, 2017.

SILVA, Márcia Aparecida dos Santos et al. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 4, 2015.

SOUZA, Andréa Thaise Magalhães e cols. Exame citopatológico do câncer de colo uterino do útero: acesso e qualidade no atendimento. **Revista de pesquisa: cuidados fundamentais**, p. 97-104, 2019.

SOUSA, Evie dos Santos et al. Guia de utilização do software Alceste: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. **Embrapa Cerrados-Documentos (INFOTECA-E)**, 2009.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Luiz Antonio et al. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. 2015.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 361-378, 2018.

TOMASI, Elaine et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2015, vol.15, n.2, pp.171-180. ISSN 1519-3829. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000200003>.

VIEGAS, Anna Paula Bise; CARMO, Rose Ferraz; LUZ, Zélia Maria Profeta da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 100-112, 2015.

ZANCAN, Samara Bermann et al. Conhecimento de mulheres sobre o exame de Papanicolau e Papilomavírus Humano em uma estratégia da saúde da família. **Nursing (São Paulo)**, v. 17, n. 221, p. 1229-1233, 2016.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste estudo foram alcançados, e, através da revisitação à pergunta norteadora é possível a identificação de elementos que orientam o entendimento sobre a realidade da execução do exame no município estudado.

A realidade relatada pelos enfermeiros da ESF é identificada por fragilidades, potencialidades e busca de organização constante da oferta da coleta o EP pelos enfermeiros, que são os responsáveis por esta demanda nas USB do município.

O medo, a vergonha e o preconceito, bem como a interferência do parceiro, dificultam a procura adequada pela coleta, segundo os enfermeiros. Além disso, os resultados mostram que a falta de conhecimento sobre o câncer de colo de útero dificulta na realização do exame Papanicolau de rotina. Questões administrativas no município, como a falta de material para a coleta ou a demora na chegada do resultado dos exames coletados nas UBS também foram apontadas como dificultadores da coleta com rotina adequada.

No entanto, vários pontos facilitadores foram destacados pelos enfermeiros, sempre com o intuito da melhoria da realização do exame, pela orientação às usuárias com o trabalho constante da educação em saúde, o acompanhamento longitudinal e integral das usuárias adscritas às EqSF no município, além da proximidade geográfica das unidades às usuárias.

Dentre esses, ressalta-se a coleta por agendamento através de demanda espontânea nas USB, a coleta intensificada com a oferta de exames em datas comemorativas e campanhas ou turnos de coletas em horários e dias especiais para as mulheres trabalhadoras. Uma facilidade que chama atenção também é a coleta do exame em usuárias independente de equipe adscrita nas muitas unidades integradas do município onde em uma mesma USB estão inseridas até quatro EqSF.

A partir dos achados neste estudo é possível propor alguns desdobramentos para a melhoria da realidade encontrada no município. O primeiro encaminhamento é em trabalhos de educação em saúde mais intensificados e com maior rotina e por todos os profissionais da EqSF do município, assim como em meios

de comunicação audiovisuais, pela secretaria de saúde e coordenação de saúde da mulher do município. Pois com isso, o entendimento sobre o câncer de colo de útero, suas lesões precursoras, o exame de Papanicolau, além dos medos, preconceitos e orientação familiar, em especial dos parceiros, que são responsáveis por algumas rotinas inadequadas podem ser melhorados.

Outro encaminhamento ocorre a partir da melhoria do fluxo de material para a realização da coleta, pois sem a falta de material, muitas usuárias passarão a acreditar e confiar mais nos exames coletados das UBS do município, não procurando outros serviços para esta coleta e não deixando de coletar da rotina preconizada. O terceiro é a melhoria do fluxo do exame dentro da rede de atenção à saúde do município, para não haver demora além da esperada na entrega do exame nas UBS, traçando estratégia intersetorial que envolva profissionais da APS, laboratório e gestão a fim de otimizar o retorno do resultado para as UBS, e em consequência às usuárias que fazem a coleta do seu exame nas unidades, melhorando a identificação, encaminhamento e tratamentos de lesões precursoras de câncer de colo de útero e a saúde das mulheres no município.

Cabe destacar que alguns desses encaminhamentos já estão em andamento. Um formulário para melhorar o fluxo, controlando a demora da chegada do EP na UBS foi criado pela secretaria de saúde do município, esta se encontra no anexo 3 deste estudo. E um segundo encaminhamento foi o convite à participação da pesquisadora deste trabalho na construção do Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica do Município (anexo 4), protocolo este que contribuirá com a melhoria da assistência de enfermagem no município, inclusive no que concerne à saúde da mulher e ao EP no município de atuação da pesquisadora.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Carla. **Atuação do enfermeiro de Atenção Básica no âmbito da articulação da prática interprofissional**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

AGUILAR, Rebeca Pinheiro; SOARES, Daniela Arruda. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 359-379, 2015.

ALMEIDA, Janaina de. Habilidades e competências do enfermeiro no gerenciamento dos serviços na Atenção Primária à Saúde. 2016.

AZEVEDO, D. M.; COSTA, RK de S.; MIRANDA, FAN de. Uso do Alceste na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. **Rev enferm UFPE**, v. 7, n. 1, p. 5015-5022, 2013.

BARBOSA, Juliana Leite. Exame de papanicolau: estratégias para melhoria da adesão das mulheres entre 25 e 64 anos. 2017.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2016.

BRASIL. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016 c.

_____. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017 b.

_____. Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV (POP-Brasil): Resultados preliminares – Associação Hospitalar Moinhos de Vento – Porto Alegre, 2017 c.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015 b.

_____. Instituto Nacional do Câncer. Atlas de Mortalidade por câncer no Brasil. Ministério da Saúde: INCA, 2015 a. Disponível em: < http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/saude_realiza_mobilizacao_para_incentivar_2_dose_contra_hpv > Acessado em 20/04/2017.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2016 a.

_____. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017 a.

_____. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2013.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde – SAS – Departamento de Atenção Básica – DAB. Histórico da cobertura da Saúde da Família. 2018. Acesso em set de 2018. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

_____. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasil. Ministério da Saúde, 1997.

BRITO, G.Ed.G.; MENDES, A.C.G.; SANTOS NETO, P.M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Interface (Botucatu) [online]. 2018, vol.22, n.64 [cited 2018-08-15], pp.77-86.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2893-2902, 2012.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s7-s16, 2008.

FERREIRA, Silvia; GRAUDENZ, GustavoSilveira. A Padronização da coleta de Papanicolau em uma unidade básica de saúde para melhoria dos padrões de resultado dos exames. Anais do IV SINGEP. São Paulo, SP, 2015.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria HM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados. **Rio de Janeiro: Cebes**, p. 7-74, 2012.

GOMES, Cláudio Henrique Rebello et al. Câncer cervicouterino: correlação entre diagnóstico e realização prévia de exame preventivo em serviço de referência no norte de Minas Gerais. **Rev bras cancerol**, v. 58, n. 1, p. 41-5, 2012.

LINHARES, Francisca Márcia Pereira et al. **Conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino**. 2016. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

LOWY, Ilana. **A woman's disease: the history of cervical cancer**. OUP Oxford, 2011.

MAIA, Melanie Noël; SILVA, Rhayane Peres de Oliveira da; SANTOS, Laís Pimenta Ribeiro dos. A organização do rastreamento do câncer do colo uterino por uma equipe de Saúde da Família no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-10, 2018.

MARCONE, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos da metodologia científica. **5º edição. São Paulo: Editora Atlas SA**, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu Cruz. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2015.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018.

NETO, Renata Valeska do Nascimento. Impacto da adoção da Internet em pesquisas empíricas: comparações entre metodologias de aplicação de questionários. **Encontro nacional dos programas de pós-graduação em administração**, v. 28, p. 2004, 2004.

NOGUEIRA, Karla Regina Celestino; MORAES, Marilúcia Mota de. Prevenção do câncer cervical: o conhecimento das usuárias em uma equipe de saúde da família. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 5, p. 1892-1901, 2017.

OLIVEIRA, Jorge Luis Tavares de et al. Intervenções dos enfermeiros na atenção primária à saúde para prevenção do câncer de colo de útero. 2015.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes. 2015.

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde

2014 - 2017 / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. _ 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2014.

ROQUE, Zandra Victoria Machado. Promoção à saúde na atenção básica: estratégias para melhorar a qualidade de vida. 2017.

SILVA, Marca Aparecida dos Santos. et al. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 16, n. 4, 2015.

SILVA, Maria Rejane Ferreira da et al. Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 107-119, 2016.

SOUSA, Evie dos Santos et al. Guia de utilização do software Alceste: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. **Embrapa Cerrados-Documents (INFOTECA-E)**, 2009.

STARFIELD, Barbara et al. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, 2002.

TEIXEIRA, Luiz Antonio et al. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. 2015.

TOMASI, Elaine et al . Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 15, n. 2, p. 171-180, jun. 2015

YIN, Robert K. **Estudo de Caso-: Planejamento e métodos**. Bookman editora, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO *ONLINE*

1- QUAL O SEU SEXO?

(1) Feminino

(2) Masculino

2- QUAL A SUA IDADE?

ANOS

3- HÁ QUANTO TEMPO (EM MESES) VOCÊ ENFERMEIRO (A) DESTA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA?

4- EM QUAL DISTRITO SANITÁRIO ENCONTRA-SE SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA?

AGORA, GOSTARÍAMOS QUE VOCÊ PENSASSE NA ROTINA DO EXAME DE PAPANICOLAU EM SUA EQUIPE...

5- SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA REALIZA O EXAME DE PAPANICOLAU?

(1) Sim (2) Não

6- A COLETA DE MATERIAL PARA O EXAME DE PAPANICOLAU EM SUA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA É REALIZADA:

(1) Não realizamos coleta de material para o exame de Papanicolau.

(2) Diariamente, por demanda espontânea.

(3) Semanalmente, por demanda espontânea.

- (4) Quinzenalmente, por demanda espontânea.
- (5) Mensalmente, por demanda espontânea.
- (6) Diariamente, por agendamento.
- (7) Quinzenalmente, por agendamento.
- (8) Outro

7- COMO VOCÊ AVALIA A REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAU EM SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA?

- (1) Muito bom
- (2) Bom
- (3) Nem bom, nem ruim
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim

8- QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS BARREIRAS PARA QUE AS MULHERES REALIZEM O EXAME DE PAPANICOLAU PERIODICAMENTE? Explique sua resposta com o máximo de informações possível.

9- QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS FACILITADORES PARA QUE AS MULHERES REALIZEM O EXAME DE PAPANICOLAU PERIODICAMENTE? Explique sua resposta com o máximo de informações possível.

10- SUA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DESENVOLVE AÇÕES PARA AMPLIAR O NÚMERO DE EXAMES DE PAPANICOLAU REALIZADOS?

(Descreva: o objetivo da ação, individual? Coletiva? Qual(is) o(s) membro(s) da equipe envolvido(s), periodicidade – semanal? Quinzenal? Etc.- como é executada?)
Explique sua resposta com o máximo de informações possível.

APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO QUESTIONÁRIO ONLINE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre o papel da Estratégia de Saúde da Família na Rede de Atenção à Saúde do Recife e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Sara Virna Alves Barros, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito.

Os objetivos do estudo são:

- 1 – Analisar as ações utilizadas pelas eSF do Recife para potencializar a realização do exame de Papanicolau;
- 2 - Identificar a percepção de gestores acerca do papel da ESF na realização do exame de Papanicolau;
- 3 - Construir coorte histórica da realização do exame de Papanicolau da Equipe II da Unidade de Saúde da Família Prof. Dr. Hélio Mendonça durante o período de março de 2014 a março de 2018;
- 4 - Compreender as barreiras para a realização do exame de Papanicolau a partir da percepção de usuárias Equipe II da Unidade de Saúde da Família Prof. Dr. Hélio Mendonça.

A finalidade deste trabalho é contribuir para identificação e análise crítica do papel da Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção à Saúde, a partir da realização do exame de Papanicolau, e com seus resultados propor estratégias de potencialização dessas ações pelas Equipes de Saúde da Família do Recife.

Os benefícios da realização deste estudo são inúmeros, especialmente porque permitirá uma reflexão o papel da Estratégia Saúde da Família no contexto da Rede de Atenção à Saúde em um município de grande porte. Seus resultados poderão nortear discussões ao nível local e nacional para a qualificação da assistência prestada e para a definição de estratégias de educação permanente.

Solicitamos a sua colaboração para o estudo **respondendo a um**

questionário online, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Testemunha

Contato dos Pesquisadores Responsáveis

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora:

Sara Virna Alves Barros

Endereço (Unidade de Saúde da Família Prof. Dr. Hélio Mendonça): Av. da Recuperação, 6429 - Corrego do Jenipapo, Recife - PE, cep: 52091-023

Telefone: (81) 3355-3553

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade

Federal da Paraíba

Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB (83)
3216-7791 – E-mail: **comitedeetica@ccs.ufpb.br**

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

ANEXOS

ANEXO 1 - CARTA DE ANUÊNCIA



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Sara Virna Alves Barros, Paolo Porciúncula Lamb, Naluiza Batista Durand e Kalline Raphaela Macedo Magnago**, pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba, a desenvolverem pesquisa na Gerência Geral de Atenção Básica, Gerência de Atenção a Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Coordenação da Saúde da Mulher e Unidade de Saúde da Família Prof. Dr. Hélio Mendonça da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**A Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado na Rede de Atenção à Saúde**", sendo orientados por Geraldo Eduardo Guedes de Brito.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 03 de julho de 2018.

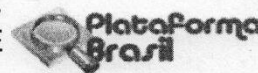
Atenciosamente,

Tulio Romero Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Tulio Romero Lopes Quirino
Chefe da Div. de Educação na Saúde
UFES / DEGES / SESAU
Mat 100.473-6

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pesquisador: Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 94108918.8.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciência da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.924.765

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso, descritivo e exploratório, operacionalizado por meio do uso combinado dos métodos qualitativo e quantitativo com a utilização de diferentes técnicas de coleta de dados e de participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o papel da Estratégia de Saúde da Família na Rede de Atenção à Saúde do Recife

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

O principal risco relacionado à participação no estudo é algum possível constrangimento ou estigmatização perante pessoas e instituições, caso as respostas/informações venham a público. Neste sentido, é garantido o anonimato das respostas dos instrumentos de coleta de dados primários e das informações extraídas do livro de registro de exame de Papanicolau.

Benefícios:

Os benefícios da realização deste estudo são inúmeros, especialmente porque permitirá uma reflexão sobre o papel da Estratégia Saúde da Família no contexto da Rede de Atenção à Saúde em um município de grande. Seus resultados poderão nortear discussões ao nível local e nacional para a qualificação da assistência prestada e para a definição de estratégias de educação permanente

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.924.765

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresentou todos os termos obrigatórios

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1134848.pdf	07/09/2018 07:26:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo_ajustado.pdf	07/09/2018 07:22:51	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ajustado.docx	07/09/2018 06:50:55	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	16/07/2018 08:08:11	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	16/07/2018 08:06:09	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aprovacao_Depto.pdf	16/07/2018 08:05:12	Geraldo Eduardo Guedes de Brito	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.924.765

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 28 de Setembro de 2018

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO 3 – PLANILHA DE SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS

PLANILHA DE SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS	
AO LABORATÓRIO MUNICIPAL DO RECIFE(<u>SAME</u>) UNIDADE DE SAÚDE : _____ Nº _____ SOLICITANTE: _____ TELEFONE PARA CONTATO: _____ DATA DE SOLICITAÇÃO: _____	
 RECIFE (CAMPO-LABORATÓRIO)	
DADOS OBRIGATÓRIOS PARA BUSCATIVA DE EXAMES:	DESPACHO
NOME DE PACIENTE: _____	ENVIANDO()
NOME DE MÃE: _____	NOVA COLETA ()
SUS: _____ D.N: _____ COLETA: _____	DATA: _____
DADOS OBRIGATÓRIOS PARA BUSCATIVA DE EXAMES:	DESPACHO
NOME DE PACIENTE: _____	ENVIANDO()
NOME DE MÃE: _____	NOVA COLETA ()
SUS: _____ D.N: _____ COLETA: _____	DATA: _____
DADOS OBRIGATÓRIOS PARA BUSCATIVA DE EXAMES:	DESPACHO
NOME DE PACIENTE: _____	ENVIANDO()
NOME DE MÃE: _____	NOVA COLETA ()
SUS: _____ D.N: _____ COLETA: _____	DATA: _____
DADOS OBRIGATÓRIOS PARA BUSCATIVA DE EXAMES:	DESPACHO
NOME DE PACIENTE: _____	ENVIANDO()
NOME DE MÃE: _____	NOVA COLETA ()
SUS: _____ D.N: _____ COLETA: _____	DATA: _____
DADOS OBRIGATÓRIOS PARA BUSCATIVA DE EXAMES:	DESPACHO
NOME DE PACIENTE: _____	ENVIANDO()
NOME DE MÃE: _____	NOVA COLETA ()
SUS: _____ D.N: _____ COLETA: _____	DATA: _____
DADOS OBRIGATÓRIOS PARA BUSCATIVA DE EXAMES:	DESPACHO
NOME DE PACIENTE: _____	ENVIANDO()
NOME DE MÃE: _____	NOVA COLETA ()
SUS: _____ D.N: _____ COLETA: _____	DATA: _____
DADOS OBRIGATÓRIOS PARA BUSCATIVA DE EXAMES:	DESPACHO
NOME DE PACIENTE: _____	ENVIANDO()
NOME DE MÃE: _____	NOVA COLETA ()
SUS: _____ D.N: _____ COLETA: _____	DATA: _____
DADOS OBRIGATÓRIOS PARA BUSCATIVA DE EXAMES:	DESPACHO
NOME DE PACIENTE: _____	ENVIANDO()
NOME DE MÃE: _____	NOVA COLETA ()
SUS: _____ D.N: _____ COLETA: _____	DATA: _____
UNIDADE DE SAÚDE(CARIMBO-SOLICITANTE)	LABORATÓRIO MUNICIPAL(CARIMBO DE RETORNO)

ANEXO 4 – CONVITE PARA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DA PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE.



CONVITE

**GRUPO DE CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO
DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA**

Convidamos,

a servidora SARA VIRNA ALVES BARROS, Enfermeira da Estratégia da Saúde da Família da Prefeitura da Cidade do Recife, lotada atualmente na Unidade de Saúde da Família Professor Dr. Hélio Mendonça, distrito sanitário VII, para compor o grupo de construção do Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica deste Município, enquanto representante deste Distrito Sanitário de Saúde.

Francijane Diniz de Oliveira
Gerente do Distrito Sanitário VII
Mat. 79.899-6

Francijane Diniz de Oliveira

Francijane Diniz de Oliveira
Gerente DSVII
Mat: 7989916

Francijane Diniz de Oliveira
Gerente do Distrito Sanitário VII
Mat. 79.899-6

1. SARA VIRNA ALVES BARROS
Enfermeira UBS
Mat. 79.899-6

Recife, 28 de Agosto de 2019.

Francijane Diniz de Oliveira
Gerente do Distrito Sanitário VII
Mat. 79.899-6