



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

ISABELLE PORTUGAL DOS SANTOS

EXAME CITOPATOLÓGICO EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO
RIO DE JANEIRO: há adesão à detecção precoce do câncer de colo uterino?

Rio de Janeiro

2019

ISABELLE PORTUGAL DOS SANTOS

EXAME CITOPATOLÓGICO EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO
RIO DE JANEIRO: há adesão à detecção precoce do câncer de colo uterino?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leyla Gomes Sancho

Rio de Janeiro

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

ISABELLE PORTUGAL DOS SANTOS

EXAME CITOPATOLÓGICO EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: há adesão à detecção precoce do câncer de colo uterino?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 25 de janeiro de 2019.

Prof^a. Dr^a. Leyla Gomes Sancho (Orientadora)
IESC/UFRJ

Prof^a Maria de Fátima Siliansky
IESC/UFRJ

Prof^a Neide Emy Kurokawa e Silva
IESC/UFRJ

Aos meus pais,
por todo apoio e por estarem ao meu lado sempre.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente eu gostaria de agradecer a Deus que me deu força e saúde para levantar todos os dias e ir à faculdade. Depois dele eu só poderia agradecer aos meus pais, que são a minha base. Foram eles que proporcionaram a minha vida inteira possibilidade de chegar até aqui. Foi por eles que eu não desisti e que eu persisti diante de todas as dificuldades ao longo da graduação e na falta de motivação durante a construção desse trabalho final.

À minha família que acreditou muito no meu potencial e está ansiosa para minha formatura.

À minha bisá que me viu entrando na faculdade a 5 anos atrás e que infelizmente não conseguiu me ver terminar, mas que meu deu uma força absurda para continuar. Eu sei o quanto ela está feliz e o quanto ela deve estar vibrando por me ver conquistar mais esse objetivo. Que falta ela me faz.

Aos meus amigos do Fundão, que eu não poderia esquecer, vocês fizeram toda aquela rotina massacrante ser mais leve. Obrigada pelas brigas dos trabalhos em grupo, pelas besteiras faladas, pelas festas e por todos os sorrisos e aflições compartilhados durante esses anos.

Agradeço aos professores e funcionários do IESC por estarem sempre dispostos a ajudar, pelos puxões de orelha e pelos conselhos.

Ao meu parceiro de vida, meu namorado que não compartilhou comigo o início da graduação, mas que esteve presente nesse último ano, que foi um dos mais sofridos e corridos. Esteve ali brigando, me dando apoio e me incentivando a terminar a monografia.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer à minha orientadora Leyla Sancho que embarcou comigo nesse trabalho, que puxou minha orelha o ano inteiro, que me fez refazer diversas vezes esse TCC para que ele ficasse “bacaninha”. Obrigada por não me abandonar no meio do caminho e por me motivar a chegar até aqui.

À todos o meu mais sincero muito obrigada!

RESUMO

SANTOS, Isabelle Portugal dos. **Exame citopatológico em uma clínica da família do município do Rio de Janeiro: há adesão à detecção precoce do câncer de colo uterino?** Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O objetivo deste estudo foi avaliar a adesão ao exame citopatológico em uma Clínica da Família do município de Rio de Janeiro. Foi utilizado o método quantitativo para poder analisar percentual de mulheres que estão realizando o exame e o método qualitativo através de entrevistas semiestruturadas, divididas conforme proposta de Bardin, a fim de avaliar adesão. Os resultados apontam que a adesão é realmente baixa, a clínica tem uma média de 26,7% de mulheres realizando o exame anualmente. A vergonha, medo, falta de capacitação de profissionais e má preenchimento do sistema de informação colaboram para esse resultado.

Palavras-chave: Câncer de colo do útero. Exame citopatológico. Adesão. Unidade Básica de Saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Normatização de ações em saúde para o câncer do colo de útero	21
Quadro 2 - Síntese do Relatório de Mulheres extraído do Prontuário Eletrônico, 2016	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cobertura de mulheres que realizaram o exame citopatológico em uma Clínica da Família, 2016.....	25
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Teórico da Intervenção.....	24
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCU	Câncer do Colo Uterino
CF	Clínica da Família
CAP	Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento
HPV	Papilomavírus Humano
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
INCA	Instituto Nacional de Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library</i>
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 OBJETIVO GERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4 METODOLOGIA	17
4.1 ANÁLISE DE DADOS.....	19
5 RESULTADOS.....	21
6 DISCUSSÃO	33
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICE.....	44
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	45

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero é o terceiro tipo de câncer de maior incidência entre as mulheres com aproximadamente 530 mil casos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano (BRASIL, 2013, p. 42). Mais de 80% dos casos desse tipo de câncer ocorrem nos países em desenvolvimento, taxa considerada elevada quando comparada às de países desenvolvidos que possuem programa de detecção precoce estruturado.

No Brasil, em 2013, ocorreram 5.430 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,86 óbitos para cada 100 mil mulheres. As regiões Sul e Sudeste tiveram as menores taxas (4,39/100 mil e 3,59/100 mil) representando a sexta colocação entre os óbitos por câncer em mulheres. Enquanto na Região Norte as taxas novamente se evidenciam com 11,51 mortes por 100.000 mulheres, sendo a única com tendência temporal de crescimento, ou seja, vem crescendo ao longo dos anos (INCA, 2016a).

Ao analisar incidência por região, verifica-se que na Região Sudeste este tipo de câncer é o terceiro de maior incidência, com taxa de 11,3 casos por 100.000 mulheres. A região norte, fica na primeira posição com 23,97 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2016a).

O principal fator associado com a ocorrência de câncer de colo uterino é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) (SILVA *et al.*, 2006). A infecção pelo HPV é muito comum no mundo e até 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo da vida. Na maioria das vezes, a infecção cervical pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição (SMS, 2013).

Todavia, no pequeno número de casos nos quais a infecção persiste é especialmente causada por um tipo viral oncogênico (HPV-12 e HPV-18). O HPV assim como tabagismo, genética, iniciação precoce da vida sexual, multiplicidade de parceiro, multiparidade, uso de contraceptivos orais e a idade são fatores de risco para desenvolvimento da doença (SMS, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as estratégias para detecção do câncer de colo uterino são o diagnóstico precoce e o rastreamento (BRASIL, 2013). Quando descoberto previamente há possibilidade de cura em praticamente todos os casos (SILVA *et al.*, 2006).

A realização periódica do exame citopatológico em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2013, p. 48).

O Câncer de colo de útero (BRASIL, 2002a) acomete, geralmente, os grupos com maior vulnerabilidade social, onde se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença, advindas de dificuldades econômicas e geográficas, insuficiência de serviços e questões culturais, como medo e preconceito dos companheiros.

No passado, as ações dirigidas à detecção precoce do câncer do colo do útero, no Brasil, caracterizaram-se, na maioria das vezes, por estratégias isoladas e pontuais, observando-se má organização e pouca articulação dos serviços, dificuldade de acesso aos cuidados, falta de recursos materiais e humanos, desconhecimento pela usuária e pelos profissionais de saúde, crenças e atitudes desfavoráveis. Conseqüentemente, havia ineficiência em captar o grupo alvo, não sendo registrado impacto sobre o quadro de morbimortalidade (BRASIL, 2002b, p. 5).

Em agosto de 1998, o Ministério da Saúde iniciou uma grande ação de mobilização social, por meio da qual, mulheres de 35 a 49 anos de idade foram convidadas a comparecer à unidade de saúde mais próxima de suas residências, para serem submetidas ao exame citopatológico. Esta atividade, que se estendeu até setembro do mesmo ano, expandiu para todo o território nacional estratégias definidas a partir de um Projeto Piloto, ocorrido entre janeiro de 1997 e junho de 1998, do qual participaram 124.440 mulheres, residentes em seis localidades selecionadas. Desde então, o Viva Mulher, Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, conta com ações contínuas em todas as Unidades da Federação e na maioria dos municípios brasileiros (BRASIL, 2002b, p. 5).

Foi a partir desse Programa Nacional que houve melhoria na rede de cuidado da mulher, pois com ele foi possível ampliar as ações de comunicação social, a garantia do financiamento dos procedimentos ambulatoriais e até mesmo a criação do aplicativo de informática (SISCOLO) Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero para melhor gerenciamento das informações do Programa (BRASIL, 2002b, p. 5).

É importante ressaltar que no Brasil ainda não existe um Sistema de Informação de base populacional para acompanhamento desse câncer, item necessário para que o país tenha um rastreamento organizado, onde seria registrado

o cuidado que as mulheres recebem ao longo do tempo- Sistema de Informação longitudinal. O sistema disponibilizado - SISCOLO -, transversal, registra exames realizados e não estabelece conexão com os sucessivos exames (BRASIL, 2013).

A Atenção Básica (AB) é um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), com caráter estratégico na constituição das redes de atenção à saúde, na medida em que se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos. A consulta ginecológica desenvolvida na AB, seja pelo médico ou enfermeiro, é uma atividade profissional de abordagem individual à mulher, que contempla promoção da saúde, prevenção, tratamento de lesões precursoras/lesões intraepiteliais cervicais, de outras afecções ginecológicas e rastreamento do Câncer do Colo Uterino (CCU) em sua fase inicial (SILVA *et al.*, 2013, p. 1-2).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um programa do sistema de saúde brasileiro que tem como objetivo reorientar o modelo assistencial. Ao incluir na sua prática a articulação entre a prevenção e a promoção da saúde, por meio da expansão e qualificação da atenção primária, gera um cenário favorável à reorganização do modo de rastreamento do câncer do colo do útero (VALE *et al.*, 2010).

As unidades básicas da Estratégia da Saúde da Família oferecem recursos necessários para prevenção do câncer do colo de útero (SILVA *et al.*, 2015).

São nessas unidades que devem ser realizadas as ações de detecção precoce desse tipo de câncer. Entretanto, ainda há um número significativo de mulheres que não aderem a essa prática. A baixa adesão contribui negativamente na redução dos indicadores de sobrevida associados a este tipo de carcinoma (SILVA *et al.*, 2015).

Por esse motivo, o interesse em identificar o que leva a baixa adesão ao exame é imprescindível para avaliar se as ações propostas surtem o efeito desejado. A redução de mortalidade por este tipo de câncer nos países desenvolvidos é resultado da realização periódica do exame citopatológico (BRASIL, 2013, p. 50). Se no Brasil há meios para efetuar o exame, porque a taxa de mortalidade ainda é alta?

O termo “*adesão*” no dicionário Aurélio, apresenta três significados, onde o mais coerente para esse estudo define que adesão é “ato de apoio, assentimento e cooperação para determinada atividade”. Discutir o significado do termo adesão na área da saúde é em geral relaciona-lo a questões de tratamento de alguma enfermidade. No caso desta pesquisa, O termo adesão está relacionado à prática de intervenções em saúde.

Com esse olhar ampliado, é possível avaliar as peculiaridades e especificidades na interpretação dessa questão, não mais como o resultado de comportamentos/attitudes e reduzidos ao comportamento singular, mas buscando identificar potências para a consecução do tratamento/práticas de intervenção (BERTOLOZZI *et al.*, 2009).

Desse modo é possível definir adesão como:

A adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo [que inclui os processos que levam - ou não - ao desenvolvimento da vida com dignidade]. (BERTOLOZZI *et al.*, 2009, p. 1329).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), atingindo cobertura de 80% da população-alvo, ao efetivar o diagnóstico, encaminhamento e tratamento adequado para o câncer do colo uterino, é possível reduzir em média, 60-90% a incidência deste tipo de câncer (INCA, 2016b).

Em razão disso, é fundamental identificar os motivos que fazem com que essa meta proposta pelo Ministério da Saúde não seja atingida, provocando alta taxa de mortalidade entre o público feminino.

Diante do contexto exposto e, considerando que esta patologia ainda é causa de mortalidade muito expressiva entre as mulheres, com a experiência de cursar duas disciplinas - AISC VII e AISC VIII durante um ano, imersa no cotidiano de uma Clínica da Família (CF), foi efetivado uma reflexão e um questionamento: Se uma Clínica da Família oferece estrutura para coleta do exame, por que a adesão das mulheres ainda é baixa?

O estudo pertence ao Projeto de Extensão realizado no ano de 2016, com número do Parecer: 1.813.134; CAAE: Planejamento em Saúde a partir da Estimativa Rápida Participativa. Responsável pelo Projeto: Leyla Gomes Sancho - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO 1 54386216.0.3001.5279 .

2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo originou-se após ficar um ano imersa no ambiente da atenção básica de saúde observando as dificuldades encontradas para conseguir atingir determinadas metas.

O exame citopatológico do colo de útero é um exame simples e fácil de ser realizado e previne uma das maiores causas de mortalidade entre mulheres- câncer de colo do útero. Ainda assim muitas mulheres não fazem e nem sabem a real importância de tê-lo em dia.

Conhecer a realidade vivida pela ponta do serviço - os agentes comunitários de saúde- é parte do processo para compreender o motivo da baixa adesão ao exame preventivo e conseguir pensar em ações educativas que possibilitem maior número de mulheres realizarem o exame periodicamente.

Considerando que o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer de maior incidência entre as mulheres com aproximadamente 530 mil casos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano (BRASIL, 2013, p. 42), torna-se ainda mais relevante tratar do assunto.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a adesão de mulheres na faixa etária de 25-64 anos à realização do exame citopatológico do colo de útero no ano de 2016 em uma Clínica da Família.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar se a estrutura e as atividades desempenhadas na Clínica da Família durante o período de 12 meses estão de acordo com as normas vigentes da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde;
- Analisar a taxa de cobertura referente ao exame citopatológico na unidade de saúde, total e por equipe, de acordo com as normas e metas; e
- Analisar a concepção dos profissionais sobre adesão em relação à coleta de material para o exame citopatológico de colo de útero.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de cunho quali-quantitativo, consoante proposição de uma avaliação do tipo normativo e corte transversal, realizado no ano de 2016 em uma Clínica da Família, localizada na Ilha do Governador atrelada a área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro. A Clínica da Família, no ano estudado, dispunha de 6 equipes de saúde da família.

O estudo foi dividido em cinco etapas: análise documental e levantamento bibliográfico, levantamento de dados e informações (banco de dados Prime) relativos ao exame citopatológico do colo de útero, realização de entrevistas sobre a percepção da equipe da família sobre a adesão ao exame e a construção do modelo teórico (modelização da intervenção- exame citopatológico em mulheres), que subsidia a última etapa, qual seja, uma avaliação do tipo normativa da intervenção.

Na primeira etapa foi realizada uma análise documental para averiguar normas relacionadas à estrutura e atividades que são preconizadas pela Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da Saúde. Com a finalidade de verificar o estado da arte, ou seja, saber o que já se tem evidenciado sobre adesão ao exame citopatológico foi realizado um levantamento bibliográfico. Para isso foram utilizadas base de dados como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library* (SCIELO). Foram considerados os seguintes descritores em saúde para pesquisa: “*Teste Papanicolau*”, “*Unidade Básica de Saúde*”, “*Adesão ao tratamento/adesão à medicação*” e “*Neoplasia do colo do útero*”. Como critérios de inclusão se utilizaram artigos e documentos que estavam em português, com ano de publicação entre 2002 e 2018, e artigos que contemplavam a temática do trabalho. Foram excluídos artigos publicados em outra língua e que estavam fora do tema trabalhado.

Na segunda etapa do trabalho foi realizado um levantamento de dados e informações, através do sistema Prime e a sistematização das respostas das entrevistas semiestruturadas realizadas com os agentes comunitários de saúde (ACS) ou os enfermeiros da Clínica da Família.

É através do Sistema Prime, já explicitado no parágrafo anterior, que é possível ter acesso ao prontuário das pacientes da unidade. O Relatório de Mulheres com idade entre 25 - 64 anos do ano de 2016 também é obtido através do Prontuário eletrônico. Neste relatório contém informações como: idade, quantidade

de exames realizados por cada mulher nos últimos 3 anos, data do último registro de realização de exame na Clínica, data do próximo exame, assim como se ela faz parte da linha de cuidado da mulher. Com esses dados, é possível realizar a análise da cobertura.

Foram realizadas oito (8) entrevistas com os agentes comunitários de saúde e enfermeiros que estavam disponíveis na unidade de saúde no dia da entrevista. Todos os entrevistados possuem mais de 5 anos de atuação nessa Clínica da Família. As entrevistas foram realizadas com intuito de analisar a concepção dos profissionais da Clínica sobre a adesão das mulheres em relação à realização do exame.

As respostas das entrevistas foram analisadas de acordo com os seguintes eixos: estrutura, processo e resultado.

No eixo estrutura foram avaliados todos os recursos físicos da Unidade: existência de equipamento para realização do exame, se as salas são adequadas, se os profissionais estão capacitados para realizar o exame e se a equipe conhece as normas dispostas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, e se o número de profissionais é suficiente para atender todas as usuárias.

Já para avaliar se os processos estão sendo produzidos de forma adequada foi necessário entender como funcionam os agendamentos das consultas (horários de coleta, se é necessário marcar). Além disso, também se procurou saber como eram entregues os resultados para as usuárias e se existe busca ativa.

No último eixo - resultado, a relação interpessoal entre a equipe da Clínica da Família (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e gerente) e a comunicação equipe *versus* paciente foram avaliadas. Com isso, foi analisado se os profissionais costumam informar as mulheres sobre o exame, se as mulheres buscam informações, como acontece a troca de informações entre os profissionais dentro da unidade de saúde e quais as causas para não realização do exame.

Na terceira etapa foi construído o modelo lógico da intervenção, que é importante para que os vínculos entre os componentes e seus efeitos sejam explicitados.

Segundo Brousselle *et al.*, (2013 p. 67-68):

O modelo lógico teórico é aquele que vai representar a cadeia causal da intervenção, já o modelo lógico operacional representa a maneira como o programa deveria permitir alcançar os objetivos da intervenção. Ele

representa os recursos necessários, os processos implementados para que a informação seja distribuída.

Como já mencionado, a modelização permite visualizar os vínculos entre a intervenção e os seus efeitos (resultados); e para que isso aconteça é necessário por meio da diagramação do modelo lógico teórico listar os insumos, as atividades, o que se espera de resultados a curto e médio prazo e o impacto que a intervenção deverá atingir. É a partir da modelização que se elabora a proposta de avaliação.

Na última etapa, foi realizada a avaliação da cobertura na perspectiva de uma avaliação normativa onde foi possível averiguar se a intervenção está em conformidade com a proposta estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde e da qualidade- o grau de adesão ao exame citopatológico. Brousselle *et al.*, (2013), entende apreciação normativa/avaliação normativa, como:

[...] emitir um juízo de valor sobre a estrutura (recursos implementados e sua organização), os processos (serviços ou bens produzidos) e os resultados da intervenção que devem ser comparados às normas já existentes e determinadas. (BROUSSELLE *et al.*, 2013, p. 77).

De acordo com Brousselle *et al.*, (2013), é necessário a formulação de perguntas avaliativas sobre os eixos estrutura, processo e resultado a partir de cinco critérios: fidelidade, cobertura, qualidade, custo e efeito. Para essa pesquisa, foram avaliados os critérios de fidelidade (normas), cobertura (alcance do percentual das pacientes elegíveis), qualidade e efeito (grau de adesão).

4.1 ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa utilizou dois métodos de forma complementar para obtenção dos dados - qualitativo e quantitativo. A análise dos dados quantitativos consistiu em mensurar a porcentagem relativa ao exame total e por equipe, considerando os critérios e parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Para Bardin (2011, p. 94), a análise de informações qualitativas - entrevistas - busca inferir se o conjunto de respostas responde a hipótese do estudo, qual seja, a não adesão das mulheres ao exame citopatológico na Clínica da Família.

Em seu livro *Análise de Conteúdo* (BARDIN, 2011, p. 100), a autora comenta que uma entrevista para ser analisada pode ser dividida em temas principais e para aperfeiçoamento da análise também poderá ter subtemas.

Nesta medida, os eixos foram divididos nos seguintes subtemas: estrutura-recursos físicos, recursos humanos e as normas preconizadas; no eixo processo os subtemas escolhidos foi agendamento de consultas e entrega de resultados e, por último o eixo resultado foi dividido em comunicação e relações interpessoais, ações de educação em saúde e concepção dos profissionais quanto a adesão.

5 RESULTADOS

Através da análise documental, que é necessário para o pesquisador entender e conhecer o que já tem evidenciado sobre a normatização, foi possível montar um quadro de normas que também tem função de linha do tempo, já que nele se consegue observar as modificações das normas e protocolos durante os anos.

O quadro (1) de normas associado com a linha do tempo é importante para que saibamos que no decorrer dos anos houve modificações no programa voltado à saúde da mulher.

Quadro 1 - Normatização de ações em saúde para o câncer do colo de útero

AÇÕES	LEGISLAÇÃO	SÍNTESE
Criação do Programa de Oncologia (PRO_ ONCO)	Ministério da Saúde 1986.	Elaboração de projeto Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino, identificando as ações necessárias para a expansão do controle dessa neoplasia.
Implementação do Programa Nacional de Controle do Câncer	GM/MS nº 3040/1998	Enfrentamento do câncer em geral, mas que deu destaque ao rastreamento do câncer de colo do útero.
Institui, sob a supervisão da Secretaria de Políticas de Saúde, o Comitê Executivo do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino.	GM/MS nº 3041/1998	Criação de uma comissão responsável por discutir ações do Programa Nacional para combater o câncer de colo uterino.
Criação do Programa VIVA MULHER	Ano de 1998	Desenvolver protocolos para a padronização da coleta de material e para o seguimento e conduta frente a cada alteração citológica
Criação do Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero	Portaria 3.048/98 de 21/06/1998	A criação do Programa visava a melhoria da qualidade de vida da população feminina e a redução da morbimortalidade por esse tipo de câncer.
Transferência do Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero para o Inca	Portaria 788/99 de 23/06/1999	Inicialmente era o Ministério da Saúde quem coordenava o Programa e depois passou a ser o Inca por ser um Instituto que trata especificamente de Câncer.
Instituiu-se o Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO)	Portaria 408 de 30/08/1999	Componente estratégico no monitoramento e gerenciamento das ações voltadas a essa doença.

Política Nacional de Atenção Oncológica	Ministério da Saúde, 2005	Estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto no Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero planos estaduais e municipais de saúde
Pacto pela Saúde	Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006	Definição e inclusão de indicadores e metas a serem atingidos nos estados e municípios visando à melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional
Institui um Comitê Permanente para acompanhar e monitorar a implementação de ações relativas à vacina contra o HPV.	GM/MS nº 3212/2007	O HPV é um dos fatores de risco para o câncer de colo de útero, por isso é importante monitorar e acompanhar a cobertura vacinal
Ministério da Saúde institui grupo de trabalho	Portaria 310 de 10/02/2010	Com a persistência da relevância epidemiológica do Câncer do Colo de Útero e sua magnitude, foi criado um grupo de trabalho para avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de colo do útero
Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	MS/GM Portaria nº 874 / 16 maio 2013:	O Câncer passa a ser acompanhado pela Rede de Atenção a pessoas com doenças crônicas.
Redefine a Qualificação Nacional em citopatológico na prevenção do câncer do colo do útero, no âmbito da rede de atenção à saúde de pessoas com doença crônica.	Portaria 3388 de 30/12/2013	Isso acontece para melhoria da qualidade dos exames e para incentivar aumento da cobertura de realização de exames.
Institui o SISCAN no âmbito do SUS	Portaria 3394 de 30/12/2013	O Sistema de Informação do Câncer auxilia no registro, e solicitação de exames de mama e histopatológico do colo do útero, com finalidade de gerar dados para monitoramento e avaliação.

Fonte: Ministério da Saúde, 2018¹; Governo do Paraná, 2014²; INCA, 2011³.

¹ Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/historico_acoes
Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/legislacao

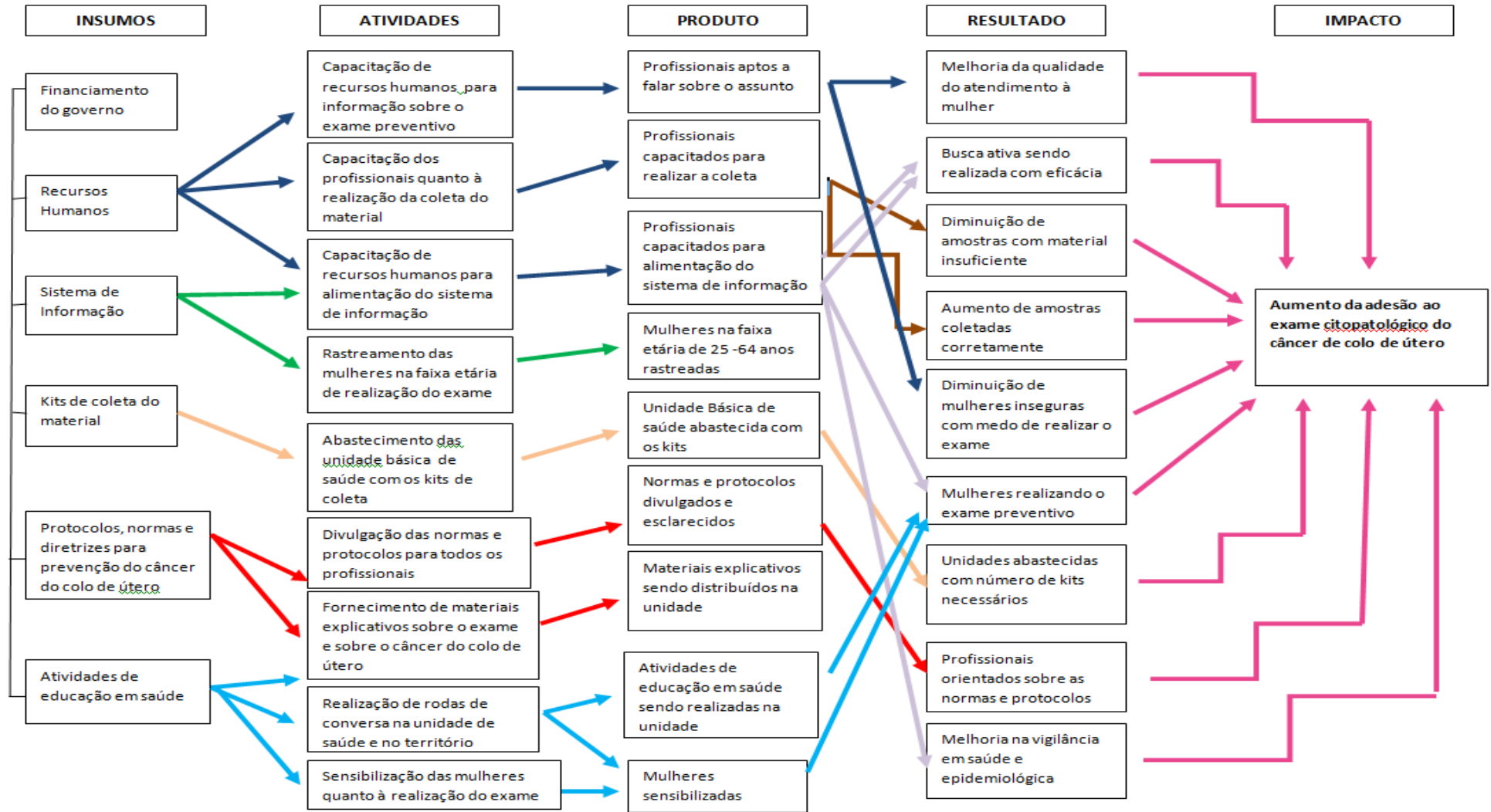
² Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/Apresentacoes/2014/2_RO_CIB/4.pdf

³ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf

5.1 MODELIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Na perspectiva de explicitar os vínculos entre as atividades e seus efeitos, o modelo lógico da intervenção foi confeccionado. O modelo representado na figura 1 auxilia no entendimento do tema abordado na pesquisa: adesão ao exame citopatológico.

Figura 1 - Modelo Teórico da Intervenção



Fonte: Elaboração própria.

5.2 FIDELIDADE

O critério fidelidade tem como finalidade objetivo averiguar se as normas preconizadas estão de acordo com o que está sendo realizado na Clínica da Família. Desta forma ele irá subsidiar a avaliação.

5.3 COBERTURA

De acordo com os dados quantitativos obtidos através do Sistema de Informação Prime, a tabela 1 mostra o quantitativo de mulheres que fizeram a coleta do exame citopatológico do colo do útero nos últimos 3 anos.

Tabela 1 - Cobertura de mulheres que realizaram o exame citopatológico em uma Clínica da Família, 2016

Equipes	Número de mulheres elegíveis	Número de mulheres que realizaram o exame	%
Equipe A	1278	357	28%
Equipe B	1198	311	26%
Equipe C	1121	302	27%
Equipe D	1176	329	28%
Equipe E	771	192	25%
Equipe F	1186	308	26%
Total	6730	1799	26,7%

Fonte: Prontuário Eletrônico- variável 2 , extraído em 2018 referente ao ano de 2016.

Na tabela 1, nota-se que o percentual de exames realizados por equipe está bem abaixo do que a meta de cobertura nacional do exame estabelecida pela OMS; 80% para que haja redução da incidência desse tipo de câncer.

O número de mulheres elegíveis para realização do exame será sempre o grupo etário de 25- 64 anos, pois o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não

tem impacto na redução da incidência e/ou mortalidade por câncer do colo do útero (INCA, 2011).

5.4 QUALIDADE - ATRAVÉS DA PROXY ADESÃO

Através do Quadro 2, será permitido avaliar a qualidade da informação. Neste quadro consegue-se visualizar o número de equipes, quantidade de mulheres elegíveis existentes no território, quantidade de exames realizados nos últimos 3 anos, quantidade de exames registrados em cada ano, total de exames aprazados e quantidade de mulheres que fazem ou não parte da linha de cuidado da mulher.

Quadro 2 - Síntese do Relatório de Mulheres extraído do Prontuário Eletrônico, 2016

Equipes	Número de mulheres elegíveis	nº exames realizados nos últimos 3 anos	Quantidade de exames realizados em cada ano								Total de exames aprazados	Linha de Cuidado da Mulher	
			2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		Sim	Não
Equipe A	1425	550	2	10	55	97	141	151	0	0	358	531	890
Equipe B	1355	471	3	7	7	41	77	224	0	0	214	385	971
Equipe C	1265	481	6	12	21	75	109	145	0	0	307	376	889
Equipe D	1267	481	0	3	29	88	116	135	0	0	358	461	806
Equipe E	1126	351	0	4	8	65	90	78	121	24	215	359	768
Equipe F	1084	376	0	2	33	82	63	119	0	0	214	271	813

Fonte: Relatório de Mulheres do Prontuário Eletrônico- variável 2 extraído no ano de 2018 referente ao ano de 2016.

De acordo com a norma, segundo o INCA, devido à longa evolução da doença, o exame pode ser realizado a cada três anos. Para maior segurança do diagnóstico, os dois primeiros exames devem ser anuais. Se os resultados estiverem normais, sua repetição só será necessária após três anos (INCA, 2018).

Dessa forma, ao analisar o quadro 2, percebe-se que a quantidade de exames realizados nos últimos três anos é bem diferente da quantidade de exames realizados em cada ano, isso acontece porque nem sempre a mulher vai realizar apenas 1

exame nos últimos três anos, pois existem mulheres que fizeram o primeiro, repetiram no ano seguinte, para só então ficar os três anos sem realizar o exame, caso o resultado seja normal. Por isso, teremos uma quantidade maior de exames realizados do que a soma de exames realizados em cada ano. No item quantidade de exames realizados em cada ano, essa quantidade se refere ao último exame registrado em cada ano, por mulher.

Já o total de exames aprazados deveria ser igual a quantidade de exames realizados em cada ano, já que se a mulher realizou a coleta no ano de 2016 ela deveria ter seu próximo exame já aprazado, já marcado. Dessa forma, ficaria mais fácil realizar a busca ativa daquelas que estão com o exame atrasado ou que ainda não realizaram o exame.

É importante esclarecer que o trabalho é referente ao ano de 2016, entretanto o sistema permite que os médicos/ enfermeiros registrem resultados de até 5 anos anteriores. Por essa razão, temos resultados até o ano de 2011 que foram registrados no sistema em 2016.

A Equipe E, sofreu uma transição ao longo de 2018, as mulheres desse território que antes acessavam a Clínica da Família em que o trabalho foi realizado, passaram a serem atendidas em outra Clínica e, nesse processo algumas informações foram perdidas.

Outro ponto que deve chamar atenção nesse quadro, se refere a quantidade de mulheres que não estão inseridas na linha de cuidado, mais da metade das mulheres do território. Questiono-me para que essa linha de cuidado serve, se a maioria do seu público alvo não faz parte?

5.5 ENTREVISTAS SEMI ESTRUTURADAS - ADESÃO

Diante da insuficiência das informações encontradas no Sistema de Informação e, na perspectiva de melhor compreensão dos problemas relacionados à adesão, foram elaboradas entrevistas semiestruturadas com agentes comunitários ou enfermeiros de equipe.

De acordo com as respostas, as informações foram sintetizadas tomando como base os eixos estrutura, processo e resultado.

❖EIXO ESTRUTURA:

→Recursos Físicos

De acordo com 100% dos entrevistados a estrutura da Clínica da Família é boa, os consultórios são equipados e é muito raro faltar os kits para a coleta.

“A Clínica possui estrutura para realizar o exame, todos os consultórios de equipe, salvos saúde da criança, são montados com maca ginecológica, foco e todo material para realizar o exame ginecológico.” (Enfermeira equipe E)

→Recursos Humanos

Todas as equipes nessa Clínica da Família possuem enfermeiros e médicos capacitados para realizar a coleta, bem como prestar esclarecimentos sobre a doença, prevenção, promoção e terapêutica da patologia do câncer de colo do útero.

- **Em relação às Normas e Protocolos Preconizadas**

As normas e protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde não estão claras para todos os profissionais, tanto que ao perguntar sobre esse assunto, muitos demoram para responder e até mesmo tiveram dificuldade para se expressar sobre o tema.

“Será que todos têm a mesma informação da forma que é, por que é nessa faixa etária [...]” (Acs equipe A)

“Sempre falo que o exame deve ser feito a cada 1 vez por ano, [pausa], se em 3 anos não der nada pode ser um pouco mais espaçado, mas o certo de primeira é fazer a cada 1 em 1 ano, completando 3 exames dando tudo ok, ela pode esperar um pouco mais 2 anos e tal, sempre explico. (Acs Equipe C)

❖EIXO PROCESSO

→ Agendamento da coleta

Os horários de coleta variam de acordo com cada equipe de saúde da família. Na maioria das equipes a realização do papanicolau é por meio de demanda, ou seja, a usuária chega à clínica em qualquer dia e horário e caso tenha realizado os

preparos pré-exame, pode fazer a coleta. Algumas equipes preferem reservar um dia específico da semana só para fazer a coleta, o que não quer dizer que não exista coleta nos outros dias da semana.

“Marcação é demanda livre, existia sim os agendamentos para aquelas que queriam em um dia específico, em um horário específico por conta do trabalho.”(Enfermeira Equipe E)

“ Em qualquer dia da semana era possível realizar o exame, mas sábado não, porque não é a equipe de referência” (Enfermeira Equipe E)

“[...] é demanda, tem um dia na semana só para preventivo.” (Acs Equipe A)

Existem os agendamentos, que acontecem quando a mulher prefere que seu exame seja marcado em um dia e horário específico. As unidades básicas de saúde funcionam aos sábados, entretanto como nesse dia o funcionamento é por meio de escala de equipe, as mulheres nem sempre poderão fazer o exame citopatológico nesse dia.

“Na visita a gente identifica a mulher que quer fazer o preventivo e traz na reunião de equipe para marcar direto com a Doutora, ou então a pessoa vem na unidade e marca direto ali no balcão e novamente a gente passa para a Doutora. A marcação é sempre rápida, dá só o tempo de preparo que é três dias sem relação sexual.” (Acs Equipe C)

→Entrega dos Resultados

A entrega dos resultados é realizada sempre na Clínica, a enfermeira da equipe faz uma seleção prévia dos resultados positivos e negativos e, os exames e não possuem alteração, os agentes comunitários de saúde (ACS) arquivam na pasta deles e eles mesmos fazem a entrega desse resultado. Para os exames alterados, os ACS fazem a busca ativa da mulher e pedem que ela vá buscar seu resultado em consulta. Algumas mulheres não vão buscar o resultado, assim como outras questionam a demora da entrega do resultado.

“A pessoa vem buscar o resultado do exame. Se der alguma alteração a gente leva o exame fazendo a busca ativa. Geralmente a gente já entrega esse exame com uma nova marcação.” (Acs Equipe C)

❖ **EIXO RESULTADO:**

→ **Comunicação e relações interpessoais**

Para 100% das pessoas entrevistadas a comunicação entre profissional *versus* usuária existe e é boa. Os profissionais buscam informar as mulheres sobre o exame preventivo.

As informações que as pacientes mais buscam saber é sobre quem faz o exame, dia e horário. O questionamento que fica é: será que são essas informações que são passadas pelos ACS em suas visitas, ou eles também buscam falar sobre a importância do exame?

Alguns ACS's, no entanto, pontuam que as relações interpessoais são insuficientes, pois em reuniões de equipe na maioria das vezes se discute muitas questões burocráticas.

“Muitas vezes a gente entra nas reuniões de equipe e é só cobrança, não temos tempo de tirar dúvidas.” (Acs equipe A)

“As reuniões de equipe, lá no começo quando era estratégia mesmo, a gente tinha educação continuada ...” (Acs equipe A)

→ **Ações de Educação em Saúde**

Em geral, a participação das mulheres em ações de educação em saúde que tragam como assunto apenas a questão do preventivo é baixa, todavia se as atividades tiverem algum outro assunto de saúde agregado, a participação delas é maior.

O 'bolsa família' é sempre um conteúdo que atrai a população na participação das atividades, como ele é um benefício adquirido por alguns cidadãos, ninguém quer perdê-lo.

→ **Concepção dos profissionais quanto à adesão**

A maioria dos profissionais entrevistados acredita que a baixa adesão ao exame ocorre por conta de motivo, tais como: vergonha de expor seu corpo ao profissional que vai realizar a coleta e até mesmo do marido, falta de tempo de ir até a clínica, medo do resultado, não perceber a importância do exame e a cultura do médico especialista ainda estar muito presente.

“Umás não querem colher com a enfermeira , ai quando tem médico, não quer por que é homem” (Acs equipe A)

“[...] a nossa população não tem noção da importância que é essa unidade aqui para eles, porque não tinha nada agora tem,[...] já melhorou bastante , mas ainda assim não estão felizes. (Acs equipe A)

“ Não consegue ter adesão por conta de preconceito, ou por conta do horário “ ah não posso esse dia não”, ai elas começam a querer que a unidade se adapte a rotina delas, e não tem como isso... “ (Acs equipe A)

“No meu território tinha uma senhora, 18 anos sem fazer preventivo, eu fui conversei com ela , ela veio , fez com a minha enfermeira , e saiu amando.. “ (Acs equipe B)

A baixa adesão do exame quando visto pelos meios quantitativos também pode se dar por conta de muitas mulheres fazerem o exame no particular e, muitas vezes esse resultado não consegue ser lançado no sistema.

“A maioria faz no particular, às vezes quando ela tem a boa vontade de dar o resultado pra gente, a gente tira uma foto e traz.

Quando elas tem uma condição melhor, sempre dão uma desculpa...ah não sei onde tá, não sei onde coloquei...” (Acs equipe C)

“A maioria já fez fora, tem umas que não querem dar o resultado. Elas enrolam muito, normalmente não sabem onde tá o exame” (Acs equipe A)

“Muitas mulheres fazem no particular, ai a gente leva o resultado e lança no sistema” (Enfermeira equipe E)

Os dados das entrevistas quando complementados com o modelo lógico da intervenção nos levam a compreender motivos que fazem com que a adesão ao exame citopatológico do colo de útero ainda seja baixa.

6 DISCUSSÃO

Segundo Paim *et al.*, (2011) o Brasil é um país de dimensões continentais com amplas desigualdades regionais e sociais. No início do século XX, campanhas realizadas sob moldes quase militares implementaram atividades de saúde pública. A natureza autoritária dessas campanhas gerou oposição de parte da população, políticos e líderes militares. Tal oposição levou à Revolta da Vacina, em 1904.

Até a década de 80 a saúde no Brasil não era universal e excluía uma grande parcela da população, sua cobertura atingia apenas trabalhadores da economia formal assalariada e somente no início da década de 70, por força de críticas ao sistema foram incorporados trabalhadores rurais (FUNRURAL) autônomos e empregadas domésticas mediante contribuição (RETKA *et al.*, 2003).

A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM *et al.*, 2011).

Até a Constituição de 1988, a saúde era assistencialista e excludente, ou seja, cuidava da doença e não prestava atenção nas formas de prevenção (PAIM *et al.*, 2011).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS (PAIM *et al.*, 2011).

Em relação ao câncer do colo de útero, alguns avanços e modificações ocorreram no decorrer do tempo tal como a criação do PRO ONCO em 1986, bem como o Programa Nacional do Câncer criado em 1998 que deu destaque ao rastreamento do câncer de colo do útero e a criação do Programa Viva Mulher, implementações de melhorias para atender melhor a saúde da população feminina.

Os dados mostram e corroboram a hipótese inicial do trabalho de que a adesão ao exame citopatológico do colo de útero ainda é muito baixa, visto que a coleta do material é simples e rápida. Nesta Clínica da família onde o trabalho foi realizado, a média da cobertura encontrada foi de 26,7% ou seja, nenhuma equipe de

saúde atingiu a meta de 80% preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Estudos em outros Estados brasileiros também mostram que a cobertura do exame está abaixo da estabelecida. Na pesquisa realizada por Gonçalves (2011) no Rio Grande do Sul em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família a cobertura do exame citopatológico do colo de útero foi de 66,3%. Já na Região Ampliada do Oeste de Minas Gerais a cobertura do exame variou de 61 a 74 %. (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Ambos os estudos acima citados, quando comparados a outro inquérito nacional desenvolvido em 15 capitais brasileiras no período de 2002–2003 que revelou coberturas entre 73,4% em João Pessoa (PB) e 92,9% em Vitória, encontram-se com uma cobertura inferior à nacional (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Já o estudo de Salazar, Campos e Luiza (2017), aponta que o percentual de mulheres que realizaram o exame nessa faixa etária 25-64 anos, aumentou de 82,6 em 2003 para 87,1 em 2008.

O exame citopatológico do colo de útero foi um dos serviços com maior oferta no país, atingindo uma média nacional de 97%. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 revelou que, no Brasil 79,4% de mulheres realizaram o exame preventivo nos últimos três anos anteriores a pesquisa (SALAZAR; CAMPOS; LUIZA, 2017).

É importante ressaltar que a PNS tem um método de coleta de dados diferente da coleta de dados que foi utilizada neste estudo. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) coleta dados do Brasil inteiro e além disso é uma pesquisa de base domiciliar autorreferida, ou seja, o adulto responde, nesse caso, a mulher comenta se realizou ou não, sem a necessidade de comprovação³.

Considerando o conceito de adesão escolhido e utilizado onde diz que:

A adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo [que inclui os processos que levam - ou não - ao desenvolvimento da vida com dignidade]. (BERTOLOZZI *et al.*, 2009, p. 1329).

³ Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=objetivos>.

Foi necessário através de respostas das entrevistas com os profissionais de saúde entender motivos que levam a população feminina não realizar o exame, tais como: desde que as mulheres começaram a ajudar na renda familiar ou ser a única fonte de renda da casa, barreiras como falta de disponibilidade de horário para comparecer na clínica, horário de funcionamento das unidades ruim para quem trabalha fora, preocupação com a família, colaboram para que o cuidado com a sua saúde fique sempre em segundo lugar.

Além desses motivos, outros como os referentes à cultura, valores e crenças; pois a vergonha, o medo do exame e do resultado do exame e a insegurança de ter um enfermeiro realizando a coleta, ainda são muito presentes.

Em estudo sobre a carteira de serviços do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil, pesquisadoras trazem resultados que revelam problemas no processo das ações de prevenção e detecção precoce. Isso porque, 46% das mulheres declararam não achar necessário, 21% não haviam recebido orientações sobre o exame e 10% revelaram que possuem vergonha de fazê-lo (SALAZAR; CAMPOS; LUIZA, 2017).

Atualmente, o câncer de colo do útero pode precocemente ser detectado nas unidades de atenção básica, basta à mulher se submeter ao exame citopatológico do colo do útero. Essas unidades estão preparadas e equipadas para realização da coleta do material.

Segundo o estudo de Malta e Duarte (2007) o óbito por câncer de colo de útero seria evitável pela prevenção primária - práticas educativas e orientação - em 30%; pela prevenção secundária - detecção precoce por meio de rastreamento e encaminhamento oportuno - em 50% e pela prevenção terciária - acesso e intervenção cirúrgica oportuna - em 20%.

A territorialização do município facilitou a criação do vínculo com o usuário, isso permite que as ações de prevenção, vigilância, educação em saúde, busca ativa, sejam realizadas com mais periodicidade e mais facilidade, visto que o agente comunitário de saúde faz parte da comunidade e ele auxilia nesse processo de ganhar a confiança do paciente.

Com os resultados desse estudo também é possível fazer algumas indagações, principalmente com os dados referentes ao quadro 2. Nesse quadro é possível afirmar que, grande parte das mulheres desse território estão sem fazer seu exame preventivo e, quando fazem os profissionais não fazem o aprazamento da sua volta,

o que dificulta a busca ativa das pacientes. Além disso, ainda segundo o quadro muitas não estão inseridas na linha de cuidado da mulher.

Segundo Luís Fernando Pracchia (2013), às linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio.

Diante dos dados dispostos no quadro 2 pode-se questionar quais seriam os requisitos para uma mulher ser “cadastrada” nessa linha de cuidado no município do Rio de Janeiro.

Em 2010, quando a secretaria municipal de saúde ainda era junto com a defesa civil, a atenção integral à saúde da mulher estava dentro da linha de cuidado do adulto. Trazia muitas questões ligadas ao planejamento familiar e algumas sobre o câncer de colo de útero e câncer de mama.

Em 2018, os canais de informação da Prefeitura do Rio de Janeiro, encontravam-se desatualizados, o que dificultou a pesquisa e por sua vez o entendimento de como é a linha de cuidado da mulher nos dias atuais.

Ainda no quadro 2 percebe-se que a quantidade de exames é muito diferente da quantidade de exames registrados. Isto porque, enquanto tem mulher com até 4 exames nos últimos 3 anos, outras não têm nenhum registrado

É preconizado pela OMS (INCA, p. 33) que a cada dois exames com resultado normal, a mulher pode ficar 2 anos sem fazer e marcar seu preventivo no terceiro ano. No entanto, essa informação ainda não é propagada de forma homogênea, fazendo com que grande parte da população feminina faça o exame citopatológico do colo do útero anualmente sem necessidade. Questão que poderia explicar os resultados do quadro 2.

Como decorrência, o governo poderia ter um gasto excessivo e as unidades de saúde um “desperdício” de material de coleta, pois não há necessidade de uma mesma mulher realizar o exame todo ano.

É muito comum nas unidades de saúde o rastreamento oportunístico, que ocorre quando a mulher procurou a unidade de saúde para fazer outro tipo de consulta e o profissional aproveita essa oportunidade para fazer o exame. Esse tipo de abordagem também acaba sendo responsável pelo gasto excessivo de recursos e

uma falta de controle de quem está realizando o exame, por conta disso teremos mulheres hiper- rastreadas e outras em falta com o controle (INCA, 2011, p. 32).

O estudo de Vale *et al.*, (2010) na cidade de Amparo em São Paulo mostrou que a elevada frequência de exames em excesso é tipicamente observada em programas de rastreamento oportunístico. Neste estudo, o resultado mostrou que durante sete anos foram coletados mais de 36 mil exames destes aproximadamente 23 mil estão fora das normas do Ministério da Saúde.

O rastreamento oportunístico não deve ser visto como um problema e nem como um gerador de gastos excessivos. Aproveitar a mulher para realizar o exame quando ela já está na clínica não é ruim. Ruim é o sistema de informação que por ser alimentado de forma inadequada, muitas vezes possibilita saber se a mulher já realizou ou não e/ou quando deveria realizar o exame.

Vale *et al.*, (2010) também traz em seu estudo que reduzir a frequência dos exames em excesso significa otimizar os recursos disponíveis. O objetivo não deve ser a redução do número de coletas, e sim desenvolver estratégias para que aquelas mulheres sob maior risco de desenvolver câncer do colo do útero tenham acesso ao sistema, seja por demanda livre ou por busca ativa.

A Capacitação dos profissionais de saúde é um dos pontos mais relevantes para que a adesão ao exame citopatológico do câncer de colo de útero seja maior. Isso porque ao ter uma equipe bem treinada para atender, coletar, fazer atividades de educação em saúde, falar sobre as normas e protocolos para as mulheres e além de tudo preencher o sistema de forma adequada, potencializa a confiança dessas usuárias, fazendo com que estas se sintam seguras para realizar o exame.

O estudo realizado por Silva *et al.*, (2018) onde também foram realizadas entrevistas mostra que existem falhas na comunicação dos profissionais com as usuárias, que muitas vezes não se sentem acolhidas pela equipe.

O preenchimento adequado dos dados no sistema auxilia na busca ativa das mulheres que por algum motivo não estão procurando a clínica para realizar o exame ou que realizaram o exame e não foram buscar o resultado.

O processo de busca ativa que geralmente é realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) não é simples e, se eles não tiverem treinados para falar sobre o assunto não vai ocorrer de forma eficaz. Antes da busca ativa em si, ou seja, antes do ACS ir ao território buscar essa mulher, ele precisa saber quem são as mulheres que não tem exame lançado no sistema ou que estão muito tempo sem

fazer o exame, qual a importância do exame, o que ele previne, como ele é realizado e o mais importante é estar preparado para responder de forma clara que o câncer sendo detectado precocemente tem cura.

É através da técnica de busca ativa, que o agente comunitário vai saber os motivos pela qual a paciente não vai à clínica fazer a coleta do material, bem como seus medos e suas insatisfações com a unidade de saúde, caso tenha.

O relatório de mulheres com faixa etária entre 25 - 64 anos se fosse bem alimentado pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), seria uma excelente ferramenta para acompanhar esses pontos. Todavia, como disposto no quadro 2 ele não é bem preenchido e, por isso se torna muitas vezes um dispositivo que não tem funcionalidade para o trabalho na unidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados encontrados no estudo, identificamos que nesta Clínica da Família a não adesão ao exame citopatológico envolve várias razões, quais sejam a má alimentação dos sistemas de informação, falta de capacitação dos profissionais da ponta, até as questões de crenças e valores culturais dessa população. Dentre as barreiras encontradas pelas próprias mulheres e que dificultam a adesão ao exame encontra-se: o medo de fazer o exame e o medo do resultado, a vergonha do profissional homem, até mesmo a vergonha do seu companheiro e ainda temos presente à cultura de médico especialista.

No estudo, ao avaliar o indicador de cobertura, onde a média está bem abaixo da meta estabelecida ainda-se sobrepõe questionamentos de como é realizado o cálculo desse indicador, visto que existem intervalos de tempo que a mulher pode ficar sem realizar o exame.

O Relatório extraído do sistema de informação Prime tem muitas falhas relacionadas ao preenchimento, tais como profissionais que não marcam o retorno da paciente, usuárias com muito mais exames do que o necessário, mulheres que não estão fazendo o preventivo e muitas que não estão inseridas na linha de cuidado. Percebe-se que há uma lacuna aberta em relação à vigilância de procedimentos dentro da clínica, esse relatório bem preenchido seria uma ótima ferramenta para controle de busca ativa, e controle de recursos utilizados.

A capacitação de profissionais é sem dúvidas uma atividade importante, entretanto ela por si só não consegue dar conta dos resultados expressivos que se espera.

Esse trabalho foi realizado em nível de conclusão de um curso de graduação, por ser um assunto bem relevante para saúde pública, é possível continuar o estudo buscando outros dados como entrevistas com as usuárias e a partir disso fazer novas indagações e enriquecer a discussão com o intuito de compreender a falta de adesão e melhorar o acesso das mulheres para que essa realidade mude e melhore, ou seja, empreender uma efetiva pesquisa avaliativa.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERTOLOZZI, M. R. *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2 esp., p. 1326-1330, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tipos de câncer: câncer de colo do útero. **Instituto Nacional de Câncer**, nov. 2018. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/deteccao_precoce. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo - anexo: ficha de qualificação dos indicadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUSNOVAS/Manual_instrutivo_pmaq_anexo.pdf. Acesso em: 17 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do câncer de colo do útero**: manual técnico: profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf. Acesso em: 05 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva mulher**: câncer do colo de útero: informações técnico-gerenciais. Rio de Janeiro: INCA, 2002b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_mulher.pdf. Acesso em: 26 mar. 2018.

BROUSSELE, A. *et al.* (org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

FARAGO, C. C.; FOFONCA, E. **A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin**: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. São Carlos: UFSCAR, [2018?]. Disponível em: <http://www.lettras.ufscar.br/linguasagem/edicao18/artigos/007.pdf>. Acesso em: 17 maio 2018.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio**: século XXI: o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GONÇALVES, C. V. *et al.* Cobertura do citopatológico do colo uterino em Unidades Básicas de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 9, p. 258-263, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n9/a07v33n9.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Colo do útero: HPV e câncer: perguntas mais frequentes.** Rio de Janeiro: INCA, [2018]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/hpv-cancer-perguntas-mais-frequentes. Acesso em: 14 mar. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Colo do útero: detecção precoce.** Rio de Janeiro: INCA, [2018?]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/deteccao_precoce. Acesso em: 15 nov. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Controle do câncer do colo de útero: conceito e magnitude.** Rio de Janeiro: INCA, [2016?]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude. Acesso: 12 mar. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Controle do câncer do colo de útero: detecção precoce.** Rio de Janeiro: INCA, [2016b?]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoce. Acesso em: 12 mar. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf. Acesso em: 28 out. 2018.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 765-776, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/27.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, maio, 2011. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material2_sistema_de_saude_brasileiro_historia_avancos_e_desafios_Paim_et_al.pdf Acesso em: 15 nov. 2018.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. **Qualificação nacional em citopatologia na prevenção do câncer do colo de útero - QUALICITO** [s.d.]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/Apresentacoes/2014/2_RO_CIB/4.pdf. Acesso em: 9 jun 2018.

PINHO, A. A.; FRANCA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 1, p. 95-112, mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a12v03n1.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

PRACCHIA, L. F. **Linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde.** [S.l.: s.n.], 2013. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/escolamunicipaldesaude/linhas-de-cuidado-nas-redes-de-ateno>. Acesso em: 27 out. 2018.

RETKA, N. et al. A saúde no Brasil a partir da década de 80: retrospectiva histórica e conjuntura atual. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL. Cascavel - PR, 2003. **Anais** [...]. Cascavel: [s. n.] 2003. Disponível em: <http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo1/42NilvoRetka.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2019.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ). **Câncer de colo de útero**. Rio de Janeiro: SMS/RJ, [2013?]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=4514070>. Acesso em: 12 mar. 2018.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde Superintendência de Atenção Primária. **Linha de cuidado do adulto**: atenção integral à saúde da mulher. Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2010. Disponível em: http://subpav.org/download/prot/CLCPE/S.mulher/Smulher_Planejamento_familiar.pdf. Acesso em: 27 out. 2018.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde Superintendência de Atenção Primária. **Linha de cuidado do adulto**: atenção integral à saúde da mulher: câncer de mama e de colo de útero. Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2010. Disponível em: http://subpav.org/download/prot/CLCPE/S.mulher/Smulher_Ca_colo_uterino_e_mama.pdf. Acesso em: 27 out. 2018.

RODRIGUES, J. F. *et al.* Rastreamento do câncer do colo do útero na região ampliada oeste de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1075>. Acesso em: 05 jan. 2019.

SALAZAR, B. A.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 783-796, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0783.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2019.

SILVA, D. W. *et al.* Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 1, p. 24-31, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n1/29590.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018.

SILVA, M. A. *et al.* Fatores que, na visão da mulher, interferem no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 1, p. 99-106, 2018. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v01/pdf/12-fatores-que-na-visao-da-mulher-interferem-no-diagnostico-precoce-do-cancer-do-colo-do-uterio.pdf. Acesso em: 05 jan. 2019.

SILVA, M. M. *et al.* Atenção básica em saúde: prevenção do câncer de colo do útero na consulta de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. esp. 1, p. 631-636, 2013.

SILVA, M. A. S. *et al.* Fatores relacionados a não adesão à realização do exame Papanicolau. **Revista RENE**, v. 16, n. 4, p. 532-536, 2015.

VALE, D. B. A. P. *et al.* Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 383-390, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/17.pdf>. Acesso em: 28 out. 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “Exame citopatológico em uma Clínica da Família do Município do Rio de Janeiro: há adesão à detecção precoce do câncer de colo uterino?” que tem como objetivo: Avaliar se nesta Clínica da Família (CF) houve adesão das mulheres na faixa etária de 25- 64 anos em relação à realização do exame citopatológico do colo do útero no ano de 2016.

A pesquisa será desenvolvida pela discente da Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio de Janeiro, Isabelle Portugal dos Santos, sob orientação do docente Leyla Gomes Sancho.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para participar da pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos ao pesquisador sempre que julgar necessário.

A pesquisa terá duração de 8 meses, com o término previsto para Dezembro do ano de 2018.

Sua participação não é obrigatória e consistirá na aplicação de 01 (uma) entrevista individual conduzida pelo pesquisador.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando ao pesquisador responsável. Sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em qualquer prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

Os riscos potenciais desta pesquisa são constrangimento, estresse, cansaço e desconforto ao responder as perguntas.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa serão o de auxiliar na descrição e no entendimento do processo da coleta/realização do exame citopatológico nessa Unidade de Saúde.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa de conclusão do curso de graduação e os resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O material coletado poderá ser gravado em áudio e depois transcrito para ser submetido a análise. Todo o material será guardado por cinco (05) anos e incinerado ou deletado após esse período.

Você receberá uma via deste Termo onde constam os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo esclarecer suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine

ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Pesquisadora responsável: Isabelle Portugal dos Santos

E-mail: isabelleportugal345@gmail.com Cel: 21 96713 7701

Orientador: Leyla Sancho E-mail: leylasancho@gmail.com

CEP/IESC/UFRJ Tel:21 3938 9293 e-mail: cep.iesc@gmail.com

Av. Brigadeiro Trompowsky s/nº Praça da Prefeitura -Cidade Universitária - Ilha do Fundão. Rio de Janeiro/RJ

CEP-SMS/RJ - Telefone: 2215-1485 - e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Rua Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro. Rio de Janeiro-RJ

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e concordo voluntariamente em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício. Recebi uma via assinada deste documento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20____.

Nome legível do (a) participante: _____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

-Nome:

-Data de nascimento:

-Sexo:

-Profissão:

-Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família:

1) Qual o perfil socioeconômico das mulheres que estão adscritas em seu território, ou seja, que estão sob sua responsabilidade?

2) Na perspectiva da faixa etária de 25-64 anos, qual a porcentagem de mulheres existente no seu território?

25% 50% 75 %

3) Quantas vezes por semana você costuma fazer visitas domiciliares?

1 vez 2 vezes 3 vezes 4 vezes 5 vezes

4) Nas suas visitas, você costuma conversar com as mulheres sobre o exame preventivo? Como faz isso?

5) Qual é a rotina de marcação para mulher conseguir fazer o exame?

6) Quantas vezes por semana é realizado o exame na Clínica da Família ?

1 vez 2 vezes 3 vezes 4 vezes 5 vezes

7) Em quais turnos é possível realizar o exame ?

Manhã Tarde Manhã e Tarde

8) Aos sábados, é possível realizar o exame ?

Sim Não

- 9) Quanto tempo, em média, a paciente espera para realizar o exame ?
- 10 minutos 20 minutos 30 minutos 1 hora mais de 1 hora
- 10) Após a realização do exame, como é feita a entrega do resultado ?
- 11) Na sua opinião, essa Clínica da Família possui estrutura para mulher conseguir realizar a coleta do preventivo ? Justifique.
- Sim Não
- 12) Como é a relação dos médicos/enfermeiros com os pacientes, eles buscam informar as mulheres sobre a importância de fazer o exame ?
- 13) Existem ações de busca ativa de mulheres que não estão realizando o exame periodicamente?
- Sim Não
- 14) Na sua microárea, as mulheres te procuram para saber informações sobre o exame preventivo que é realizado na Clínica da Família ?
- Sim Não
- 15) Na sua percepção, quais os motivos levam as mulheres a não realizar o exame?
- 16) Quais são as suas propostas para melhoria do acesso e adesão dessas usuárias à Clínica para fazer o exame preventivo periodicamente?