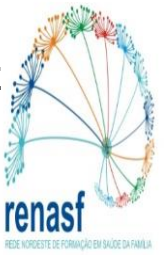




**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA – NESC  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF**



**ALEXANDRE BEZERRA SILVA**

**DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER CERVICOUTERINO: UMA AÇÃO  
REALIZADA PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
ASSÚ/RN?**

**NATAL  
2016**

**ALEXANDRE BEZERRA SILVA**

**DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER CERVICOUTERINO: UMA AÇÃO  
REALIZADA PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
ASSÚ/RN?**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Máisa Paulino Rodrigues

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

**NATAL  
2016**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI  
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Silva, Alexandre Bezerra.

Detecção precoce do câncer cervicouterino: uma ação realizada pelo enfermeiro da estratégia saúde da família de Assú/RN? /Alexandre Bezerra Silva. - Natal, 2016.

73f.: il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maísa Paulino

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde da Família no Nordeste. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Neoplasias do colo do

1

útero - Dissertação. 2. Câncer

cervicouterino - Dissertação. 3. Enfermeiro - Prevenção primária - Dissertação. 4. Saúde da mulher - Dissertação. I. Rodrigues, Maísa Paulino. II. Título.

CCS

RN/UF/BS-

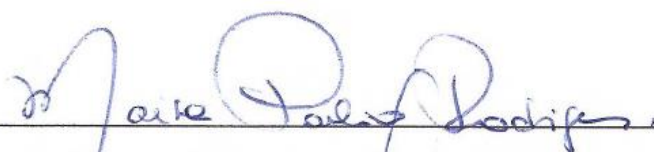
CDU  
618.14-006

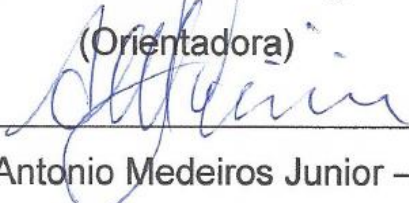
**ALEXANDRE BEZERRA SILVA**

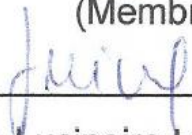
**DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER CERVICOUTERINO: UMA AÇÃO  
REALIZADA PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
DE ASSÚ/RN?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maisa Paulino Rodrigues – UFRN  
(Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Antonio Medeiros Junior – UFRN  
(Membro Interno)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Lucineire Lopes de Oliveira – UERN  
(Membro Externo à Instituição)

Aprovada em: 09 de setembro de 2016

**Aos meus pais,**

Severino Bezerra de Oliveira e Maria de Fátima Silva, hoje já envelhecidos, carregam o peso dos anos vividos, tão diferentes que se complementam, painho com o seu jeito quieto e manso, tão generoso e sábio nas suas ações e palavras, o seu mundo é a sua casa. Mamãe com sua inquietação, seu cuidado com os filhos, é mulher de luta. Ensinaram-me a ir atrás dos meus sonhos, estando sempre ao meu lado, em qualquer lugar, guiando-me pelo caminho do bem... Sou um pouquinho de vocês.

**Aos meus irmãos,**

Adrielle Bezerra, Angelina Bezerra, Dandreyffson Bezerra, apesar de algumas vezes não estarem tão próximos, mas o afeto que tenho por vocês ultrapassa o tempo e a distância. Sei que torcem por mim.

**A minha tia,**

Antônia Maria Bezerra que sempre me acolheu na sua residência em Natal. Tudo foi mais fácil com sua bondade e carinho.

**Aos meus amigos,**

José Maria Silveira Júnior, Diego Nogueira, Edgleison Lucena, Elton Vale e Ana Oliveira que sempre me incentivaram buscar novos conhecimentos.

**Aos meus amigos do Mestrado Profissional em Saúde da Família,**

Isabel, Rafael, Rejane e Janaíne pelo carinho e atenção. A caminhada foi mais leve com o apoio de vocês.

**Aos enfermeiros,**

Participantes deste estudo, companheiros de luta, que sonham com uma enfermagem comprometida com as transformações da realidade.

## **AGRADECIMENTOS**

À Profª Dra Máisa Paulino Rodrigues por ter acreditado do início ao fim na minha proposta de estudo; pelo incentivo à produção científica; pela paciência e a dedicação que tanto me auxiliaram na construção deste estudo.

A todos os professores da Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família que direta ou indiretamente contribuíram com o meu conhecimento durante os dois últimos anos.

À Lucianny Edja Guerra de Massena, secretária municipal de saúde de Assú/RN, que sempre me apoiou na minha busca incessante por conhecimento para uma atuação qualificada na Estratégia Saúde da Família.

Aos colegas de trabalho da Estratégia Saúde da Família Dom Eliseu por me proporcionarem a melhor experiência profissional.

A todos os professores participantes desta banca de avaliação, por ter aceitado o convite e pelas relevantes contribuições para o aprimoramento deste estudo.

*Um galo sozinho não tece uma manhã:  
ele precisará sempre de outros galos.  
De um que apanhe esse grito que ele  
e o lance a outro: de outro galo  
que apanhe o grito de um galo antes  
e o lance a outro; e de outros galos  
que com muitos outros galos se cruzam  
os fios de sol de seus gritos de galo,  
para que a manhã, desde uma tela tênue,  
se vá tecendo, entre todos os galos.*

*João Cabral de Melo Neto*

## RESUMO

A elevada incidência e mortalidade por câncer cervicouterino, no Brasil, justificam a implantação de estratégias efetivas de controle da doença por meio de ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce de lesões, tratamento e cuidados paliativos, quando forem necessários. Este estudo teve como objetivo analisar se os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Assú/RN desenvolvem ações de prevenção e detecção precoce do câncer cervicouterino. Para tanto, se investigou a realização de busca ativa de mulheres na faixa etária de maior risco para câncer cervicouterino e a oferta de ações de educação em saúde ofertadas às mulheres residentes na área adstrita a Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa, realizado junto a 11 enfermeiros que compõem as equipes de Saúde da Família do município de Assú. O material foi coletado através de entrevistas e submetido à análise de conteúdo temático proposto por Bardin e sistematizada por Minayo. As falas foram codificadas e sistematizadas por aproximação semântica produzindo quatro categorias de análise: *ações de prevenção do câncer cervicouterino; motivos que levam a realização do exame; realização do exame Papanicolau e atitudes/situações de risco que contribuem para o câncer cervicouterino*. Os resultados apontam que as ações do enfermeiro da ESF ainda são incipientes, não havendo rastreamento do câncer de colo uterino na faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde. Há desconhecimento sobre a prevenção do câncer do colo do útero, por parte das mulheres, se constituindo em importante fator para o aumento de casos desse tipo de câncer. Por fim, faz-se necessário que as ações dos enfermeiros e das equipes da ESF sejam mais resolutivas no que concerne a detecção precoce e ao rastreamento do câncer do colo do útero e que a educação em saúde seja efetivada de forma a promover o empoderamento das mulheres com vistas ao autocuidado e a promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Neoplasias do colo do útero. Câncer cervicouterino. Enfermeiro - Prevenção primária. Saúde da mulher.



## ABSTRACT

The high incidence and mortality from cervical cancer in Brazil, justify the implementation of effective strategies to control the disease through health promotion, prevention and early detection of lesions, treatment and palliative care, when needed. This study aimed to examine whether nurses of the Family Health Strategy (FHS) in the municipality of Assu / RN develop prevention and early detection of cervical cancer. Therefore, we investigated the performance of active search for women in the age group most at risk for cervical cancer and the provision of health education activities offered to women living in an area linked to the Family Health Strategy. This is an exploratory qualitative study, carried out among 11 nurses who make up the Health teams Assú county family. The material was collected through interviews and submitted to thematic content analysis proposed by Bardin and systematized by Minayo. The speeches were codified and systematized by semantic approach producing four categories of analysis: action to prevent cervical cancer; reasons that the examination; realization of Pap smear and attitudes / risk situations that contribute to cervical cancer. The results indicate that the FHS nurses' actions are still incipient, with no trace of cervical cancer in the age range recommended by the Ministry of Health. There is lack of knowledge about the prevention of cervical cancer for women, constituting an important factor for the increase in cases of this cancer. Finally, it is necessary that the actions of nurses and the FHS teams are more resolving regarding early detection and screening for cervical cancer and health education to take effect in order to promote the empowerment of women with a view to self-care and health promotion.

**Keywords:** Cervical Neoplasms. Uterine cervical cancer. Nurse - Primary prevention. Women's health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CCU	Câncer Cervicouterino
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministério
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RN	Rio Grande do Norte
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SISNEP	Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1-Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas da prevenção do câncer cervicouterino, sob a ótica dos enfermeiros.....	33
Quadro 2-Ações de Prevenção do câncer cervicouterino.....	36
Quadro 3-Motivos que levam a realização do exame.....	41
Quadro 4-Realização do exame Papanicolau.....	44
Quadro 5-Atitudes/situações de risco que podem contribuir com o câncer cervicouterino.....	49

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>16</b>
2.1 A Saúde da Mulher e o Câncer Cervicouterino: avanços e desafios .....	16
2.2 A Estratégia Saúde da Família: cenário fértil para a detecção precoce do câncer cervicouterino.....	20
2.3 O papel do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família frente à prevenção do câncer cervicouterino.....	24
2.4 A Organização das Redes de Atenção à Saúde, na detecção precoce do câncer cervicouterino e as atribuições da equipe da Estratégia Saúde da Família .....	27
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>30</b>
3.1 Tipo de Estudo .....	30
3.2 Cenário da Pesquisa .....	30
3.3 Amostra, instrumento e procedimento de coleta de dados .....	30
3.4 Análise dos dados .....	32
3.5 Aspectos Éticos .....	34
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>35</b>
<b>4.1 Caracterização dos Participantes</b> .....	<b>35</b>
<b>4.2 Categorias Emergentes</b> .....	<b>35</b>
4.2.1 Ações de prevenção do câncer cervicouterino .....	36
4.2.1.2 Palestras/campanhas do Ministério da Saúde.....	39
4.2.1.3 Busca das mulheres pelos Agentes Comunitários de Saúde.....	40
4.2.2 Motivos que levam a realização do exame.....	41
4.2.2.1 Presença de sinais e sintomas .....	42
4.2.2.2 Prevenção de doenças.....	43
4.2.3 Realização do exame Papanicolau .....	44
4.2.3.1 Por demanda espontânea .....	45
4.2.3.2 Sintonia com o preconizado pelo Ministério da Saúde .....	48
4.2.4 Atitudes/situações de risco que contribuem para o câncer cervicouterino .....	49
4.2.4.1 Busca esporádica das mulheres e por demanda espontânea .....	50

4.2.4.2 Ausência de ações educativas sistemáticas e de grupos de mulheres junto a USF .....	51
4.2.4.3 Desconhecimento das mulheres sobre a importância da prevenção do câncer cervicouterino.....	52
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE A – Entrevista Individual Semiestruturada .....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE B - Carta de Anuência.....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP .....</b>	<b>69</b>

---

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) denominada, no Brasil, de Atenção Básica de Saúde contempla um conjunto de práticas integrais de saúde, direcionadas a responder as necessidades individuais e coletivas nesse primeiro nível de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos dias atuais, APS é considerada, internacionalmente, a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham como centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

A APS é capaz de atender mais de 85% dos problemas de saúde da população; é nesse nível onde se tem a possibilidade de desenvolver uma clínica ampliada de maior sucesso e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias relacionais mais complexas, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde (MENDES, 2011).

Nessa direção a APS é um espaço promissor para o desenvolvimento de práticas efetivas, frente a determinados problemas de saúde que atingem a população. Ademais, a APS também se constitui em campo fértil capaz de despertar a consciência crítica e reflexiva dos usuários, através da instrumentalização para o exercício da participação social por meio da troca de saberes e experiências entre a comunidade e os profissionais.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), no Brasil a APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>1</sup> se constitui em um espaço eficaz para organizar a atenção básica à saúde, pautada nos princípios do

SUS, por meio do trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar e integral (BRASIL, 2011a). Nesse sentido, a ESF propõe a incorporação de novas práticas de saúde com possibilidades de promover saúde e prevenir doenças e trabalha com população adscrita, grupos populacionais bem definidos, abrindo possibilidades de ser o local ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo biomédico (ASSIS et al., 2010).

Dentre as várias ações realizadas pelas equipes de saúde da família, destacam-se aquelas relacionadas à atenção integral a saúde da mulher, em especial, às de controle do câncer de colo uterino, que se revestem de fundamental importância no campo da saúde pública.

O câncer cervicouterino (CCU)<sup>2</sup> representa um importante problema de saúde pública em países em desenvolvimento, chegando a ser em algumas regiões, o tipo mais comum na população feminina. Comparando às outras neoplasias, o câncer cervicouterino é altamente prevenível, apresenta evolução lenta até atingir o estágio de câncer invasivo e dispõe de exame de rastreamento tecnicamente simples e eficaz na sua detecção. A incidência dessa doença relaciona-se a exposição a fatores de risco e a pouca efetividade de programas de rastreamento, para os quais os exames de colpocitologia oncótica têm se mostrado útil em reduzir a incidência e a mortalidade por neoplasia (SOARES; SILVA, 2016).

Se expressa a importância de um problema de saúde pública pelos seus indicadores de morbidade, mortalidade, incapacidade e custos atribuídos.

No Brasil, estima-se que o CCU seja o terceiro tipo de neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, sendo superado apenas pelo câncer de pele (não melanoma) e pelo câncer de mama (PICCOLI; CASARIN, 2011).

Consoante a isto, Zapponi e Melo (2010) afirmam que na América Latina o CCU ocupa o segundo lugar no *ranking* de neoplasias malignas, mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano, implicado em uma das taxas de incidência mais altas do mundo. Segundo Silva e Silva (2012), apesar de o exame de prevenção contra o CCU ser uma modalidade de rastreamento capaz de reduzir as taxas de incidência desse tipo de câncer, a cobertura ainda é baixa na população feminina brasileira.

Dessa forma, vale salientar que os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil justificam a implantação de ações

nacionais voltadas para a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, com base nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2011a).

A detecção precoce do câncer uterino apresenta impacto positivo sobre a mortalidade por esse tipo de neoplasia. Entretanto, faz-se necessária a efetivação de estratégias, tais como a padronização de procedimentos e de condutas que garantam a qualidade dos processos técnicos e operacionais para o controle do câncer (BRASIL, 2011b).

Nessa direção, no âmbito da atenção básica de saúde as ações frente ao câncer do colo do útero visam ao acompanhamento da mulher durante toda a sua existência. Isto pode ocorrer por meio das ações de prevenção, consultas ginecológicas, e quando necessário, o referenciamento para níveis de maior complexidade da assistência ou, até mesmo, o tratamento paliativo, quando for necessário (BRASIL, 2013).

Entretanto, as medidas de prevenção do CCU ainda se apresentam de forma relativamente frágeis, decorrentes de diversos fatores, entre os quais se podem destacar: a desorganização dos serviços de saúde e baixa qualidade da assistência ofertada, por parte dos profissionais, à clientela que busca o exame cervicouterino nas unidades de saúde (MENDONÇA, 2011).

Nessa linha de consideração Salimena et al., (2014), chamam a atenção para a necessidade do enfermeiro que atua na Atenção Primária à Saúde ter um papel ativo na detecção precoce do câncer do colo do útero, visto que entre suas competências está a realização da coleta de material para exames colpocitológicos e a oferta de um cuidado integral.

Em meio a isto se ressalta a alta mortalidade como um indicativo de falhas no diagnóstico precoce dessa displasia. Tal situação pode ser atribuída a fatores como: dificuldades de acesso ao programa de prevenção do câncer cervicouterino; inexistência desse tipo de ação nas Unidades Básicas de Saúde; não utilização destes serviços por parte da população de risco; e falta de uma adequada educação em saúde direcionada às mulheres (SOARES; SILVA, 2016).

Faz-se necessário, portanto, que as equipes da ESF incluam tais ações na rotina dos serviços de saúde, realizando busca ativa, quando necessário, e



estimulando as mulheres com maior risco de contrair o câncer cervicouterino, a realizar o exame de Papanicolau (SOARES, et al., 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), conhecer a distribuição da incidência e da mortalidade por câncer, seus aspectos etiológicos e os fatores prognósticos envolvidos em cada tipo específico de neoplasia maligna é condição indispensável para que se possa intervir por meio de medidas efetivas de controle nas diferentes regiões geográficas. Destarte, o cálculo das estimativas de casos oferece uma excelente base para o planejamento e aprimoramento das ações que visam à prevenção e atenção em todos os níveis.

As razões que levaram à realização desta pesquisa foram a princípio uma inquietação que acompanhou o decorrer da vida profissional do pesquisador, por meio da observação das ações do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família frente à detecção precoce do câncer cervicouterino, as quais muitas vezes se apresentavam incipientes. E, ainda, a perspectiva de contribuir com a reflexão desses trabalhadores no que tange a atuação diante das questões inerentes à saúde da mulher, mais especificamente relacionada às ações e atitudes desses profissionais frente à detecção precoce e rastreamento do câncer do colo do útero.

Diante do exposto este estudo partiu da seguinte indagação: que ações são adotadas pelos enfermeiros, da ESF de Assú/RN, para o enfrentamento do câncer de colo uterino?

Nesse sentido o objetivo geral foi analisar as ações do enfermeiro voltadas à detecção precoce e rastreamento do câncer cervicouterino na ESF do município de Assú. Assim, buscou-se verificar se o enfermeiro realizava busca ativa de mulheres, na faixa etária de maior risco para esse tipo de câncer, além de conhecer as ações de educação em saúde para a prevenção do câncer cervicouterino, ofertadas às mulheres adstritas as unidades de Saúde da Família do município.

O estudo torna-se relevante pelo fato de desvelar a prática do enfermeiro e trazer elementos que possam contribuir para a reflexão e reorientação dessas práticas e quiçá diminuir o percentual de câncer cervicouterino no município de Assú.

---

<sup>1</sup>As siglas PSF e ESF são utilizadas neste trabalho indistintamente, como também a expressão Saúde da Família.

<sup>2</sup>As expressões exame contra o câncer cervicouterino, Papanicolau, colpocitologia oncótica, cérvico-vaginal, preventivo do colo do útero, citologia oncótica são utilizadas neste trabalho como expressões equivalentes.

---

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A Saúde da Mulher e o Câncer Cervicouterino: avanços e desafios

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitadas, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica. As metas desses programas eram definidas pelo nível central de gestão nacional, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática foi a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (BRASIL, 2006b).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) que incorporou, como princípios e diretrizes, as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Esse programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. A estratégia política contribuiu com avanços no campo da saúde da mulher, mas precisava avançar em aspectos preventivos e de promoção da saúde (BRASIL, 2006b).

Buscando melhoria no contexto do cuidado à mulher, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM). Essa política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao

abortamento inseguro e no combate a violência doméstica e sexual. Agrega também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e das portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer, principalmente de mama e de colo de útero (BRASIL, 2009).

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, tomando como referência diversos programas já existentes como o Pacto Pela Saúde 2006, a Política Nacional de DST/AIDS e a Política Nacional de Humanização no SUS (BRASIL, 2009).

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente entre as mulheres na região norte e o segundo nas regiões centro-oeste e nordeste. Nas regiões sudeste e sul, seu peso é menor, ocupando o quarto e quinto lugares, respectivamente (KUSCHNIR; FAUSTO, 2014).

Depois dos melanomas, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (22/100.000), na região Sul (28/100.000), Centro-Oeste (21/100.000) e Nordeste (17/100.000) representando o segundo tumor mais incidente. Na região Sudeste, é o terceiro mais frequente (20/100.000) (BRASIL, 2006a).

A evolução do câncer do colo do útero, na maioria dos casos, dá-se de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura (PICCOLI; CASARIN, 2011).

Nessa linha de pensamento, Kuschnir e Fausto (2014) relatam que o câncer cervicouterino é considerado um dos tipos de câncer com maior potencial de prevenção e cura, na medida em que existem mecanismos efetivos de controle que permitem identificar as lesões antes de sua transformação em câncer e possibilitar a cura em 100% dos casos, quando diagnosticados em fase inicial.

O câncer cervicouterino tem um prognóstico bom, quando diagnosticado e tratado precocemente. Sua detecção precoce faz parte da prevenção, cuja principal estratégia é o rastreamento de mulheres sexualmente ativas por meio do exame citopatológico do colo uterino. A efetividade desse programa está relacionada a taxas de cobertura maiores que 80%. Avalia-se que essa cobertura possa diminuir pela metade a mortalidade por câncer cervical (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011).

Ainda assim, o câncer do colo do útero permanece um grande desafio para a saúde pública no Brasil (KUSCHNIR; FAUSTO, 2014).

De acordo com as diretrizes, os exames contra o câncer cervicouterino devem ser oferecidos às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tiveram atividade sexual, com a repetição do exame a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano (KUSCHNIR; FAUSTO, 2014).

Após 60 anos de idade, as mulheres que tiveram acesso regular à rotina dos exames preventivos, com resultados normais, apresentam risco diminuído para o desenvolvimento do câncer cervical, devido a sua lenta evolução. A continuidade do rastreamento após os 60 anos deve ser individualizada e, após os 65 anos, a recomendação é de suspender o rastreamento caso os últimos exames tenham apresentado resultados normais (BRASIL, 2010).

Para as mulheres com mais de 65 anos de idade e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames forem negativos, estas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (BRASIL, 2011a).

Diante disso, é fundamental ao controle do câncer do colo do útero e as estratégias para detecção precoce, o rastreamento e o diagnóstico precoce, com seguimento, acompanhamento e tratamento das lesões (KUSCHNIR; FAUSTO, 2014).

A detecção precoce visa estimular a conscientização dos sinais precoce de problemas de saúde e rastreia pessoas sob o risco de modo a detectar um problema de saúde inicial. Ela baseia-se na premissa de que algumas doenças têm maiores chances de cura, sobrevida e/ou qualidade de vida do indivíduo quando diagnosticadas o mais cedo possível.

O rastreamento consiste na aplicação de um exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento. O rastreamento pode ser de base populacional, quando toda a população alvo de um país é buscada; ou oportunístico, quando se aproveita a procura por ações e serviços de saúde (KUSCHNIR; FAUSTO, 2014).

No Brasil, ainda predominam os exames realizados de forma oportunista, com a procura espontânea dos serviços de saúde por razões diversas que não a prevenção. Em consequência, a metade dos casos é diagnosticada em estágios avançados da doença, mantendo elevada a taxa de mortalidade há duas décadas sem evidências de redução significativa (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011). Destaca-se que no Brasil o rastreamento do câncer do colo do útero é de base oportunista (KUSCHNIR; FAUSTO, 2014). Assim, o rastreamento é uma ação dirigida à população assintomática, na fase subclínica do problema em questão. Viabiliza a identificação de indivíduos que têm a doença, mas que não apresentam sintomas (BRASIL, 2010).

Os mesmos autores comentam que o rastreamento oportunístico ocorre quando a pessoa procura o serviço de saúde por algum motivo e o profissional de saúde aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco. Ele é menos efetivo no impacto sobre morbidade e mortalidade, atribuída à condição rastreada, é oneroso para o sistema de saúde como o todo.

Já os programas de rastreamento organizados são aqueles nos quais se detém maior controle das ações e informações no tocante ao rastreamento e voltados para a detecção precoce de uma determinada doença, condição ou risco, oferecidos à população assintomática em geral e realizados por instituições de saúde de abrangência populacional (BRASIL, 2010).

Silva e Araújo (2011) afirmam que a atitude preventiva ao câncer cervicouterino deve ser abrangente (usando-se todos os recursos diagnósticos disponíveis), a fim de se evitar o processo de cancerização ou mesmo a interrupção da evolução de uma lesão pré-maligna. Estes autores ainda relatam que para se rastrear uma alta porcentagem populacional é fundamental que os serviços de saúde estejam equipados e organizados para realizar o exame com regularidade, além disso, espera-se que as mulheres, por sua vez, manifestem um comportamento preventivo em saúde, buscando estes serviços.

Entretanto, ainda hoje, deparamo-nos com importantes entraves de acesso para alcançar a resolutividade no controle do câncer do colo de útero na Atenção Básica, mesmo com tecnologias de baixo custo e comprovadamente eficazes. Não há, ainda, garantia de acesso universal ao seguimento das mulheres com alterações cervicais, a partir das tecnologias mais simples para as de maior

complexidade. Devido o acesso das mulheres ser desigual, reafirma-se a importância das equipes da ESF no controle de saúde do território sob sua responsabilidade (SILVA et al., 2013).

A estratégia mais eficaz no combate ao câncer do colo do útero é a prevenção mediante diagnóstico em estágios iniciais, porém, o rastreamento precoce entre as mulheres nem sempre é possível em virtudes das dificuldades de acesso dessa população aos serviços de saúde. Deste modo, reduzem-se as chances de prevenção e intensificam-se os riscos da doença (MELO et al., 2012).

Dessa forma, vale salientar a importância de se investir em ações que contribuam para a detecção precoce e rastreamento do câncer do colo do útero nas equipes da Estratégia Saúde da Família. Também é importante destacar que a busca ativa das mulheres-alvo do rastreamento do câncer cervicouterino seja realizada por base populacional e não por base oportunística.

## **2.2 A Estratégia Saúde da Família: cenário fértil para a detecção precoce do câncer cervicouterino**

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2011), a APS apresenta-se como eixo estruturante do SUS e constitui-se como primeiro nível de atenção nas Redes de Atenção à Saúde, sendo enfatizada, cada vez mais, sua função de congregar um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões coletiva e individual, por meio de ações gerenciais e sanitárias, participativas e democráticas, trabalho em equipe, responsabilização sanitária e base territorial. Corroborando tal assertiva, Giovanela e Mendonça (2012) afirmam que a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham.

A APS surge como estratégia para reorientar a organização do Sistema de Saúde tendo como pressuposto responder as necessidades da população, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais para promover a saúde como direito social (SOUSA, 2014). Para Mendes (2011), a efetividade da

organização dos serviços de saúde no âmbito da APS possibilita a melhoria da atenção, resultando em impactos positivos na saúde da população e na eficiência do sistema.

Nessa direção, a APS integra um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a proteção e a promoção da saúde, a cura e a reabilitação. A APS pode ser definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis de sistemas de saúde: responsabilidade de acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como ao tratamento e a reabilitação e o trabalho em equipe. Contudo, destaca-se que atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnósticos, prevenção, exames e várias estratégias para monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção.

Uma das importantes iniciativas do SUS no âmbito da atenção primária para a reestruturação dos serviços de saúde pública brasileira foi a implementação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como um primeiro mecanismo de estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde a população (SAMPAIO; BARRETO; KREMPEL, 2012).

Criado em março de 1994, o PSF denominado como Programa Saúde da Família dentro de Casa, coordenado pela Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, consolidou-se como estratégia para promover mudanças no modelo de atenção vigente, com equipe formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e com quatro a seis ACS, responsável por 800 a 1000 famílias adscrita em um determinado território (SOUSA, 2014). Nessa direção, Sampaio, Barreto, Krempel (2012), relatam que o PACS ganhou um novo e importante aliado, com o lançamento do PSF pelo MS em 1994. Esse modelo de atenção surgiu, inicialmente, com a lógica de um programa, posteriormente passando a ser estratégia de reorientação do modelo assistencial da atenção básica.

Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família quando organizada de maneira adequada, seguindo as normas e diretrizes do SUS, proporcionará a população respostas para suas necessidades de atenção, ao mesmo tempo em que haverá maior racionalidade para os investimentos em saúde, por meio da regulação do sistema de referência e contrarreferência (ASSIS et al., 2010).

Os mesmos autores comentam que a Saúde da Família mediante a incorporação de novas práticas de saúde, com possibilidade de promover saúde e prevenir doença, trabalha com população adscrita e grupos populacionais bem definidos e abre as possibilidades para ser o local ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo de saúde hegemônico.

A ESF mantém os princípios constituídos no SUS, apoiada nos atributos da APS. Apresenta uma proposta consecutiva de transformação da realidade, com base no planejamento territorial, na ampliação dos mecanismos de participação social, na gestão com o desenvolvimento da oferta das ações e serviços, inclusão e integração das populações vulneráveis, em situações de injustiças sociais (SOUSA, 2014).

A ESF tem como objetivo reorientar o modelo assistencial, incluindo na sua prática a articulação entre a prevenção e a promoção da saúde, através da expansão e qualificação da atenção básica, gerando um cenário favorável à reorganização dos processos de trabalho nesse cenário (SILVA; ARAÚJO, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012a), a Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Segundo Giovanella (2015), é importante destacar que no final da década de 1990, a ESF passou a ser considerada pelo governo brasileiro como a principal estratégia de reorientação do modelo de Atenção Primária à Saúde. Na mesma década, o Brasil adotou o termo Atenção Básica com a intenção de diferenciá-la de propostas e concepções que reduziam o potencial da APS a uma cesta seletiva de serviços. Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica (2011a) adotou os termos “atenção básica” e APS como termos equivalentes.



Com a efetivação reorientadora das novas práticas em saúde nos cuidados primários, em 2006 a atenção básica ganhou o *status* de política por meio da portaria nº 648 emitida pelo gabinete do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Mais recentemente, em 21 de outubro de 2011, essa portaria foi revogada pela Portaria GM/MS nº 2.488, que aprovou a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família e o PACS (BRASIL, 2011c).

Corroborando com a assertiva citada no parágrafo anterior, Sampaio; Barreto; Krempel (2012) relatam que no Brasil, com o advento da reforma sanitária e a instituição do SUS, a APS ganhou uma nomenclatura própria “atenção básica”, ou seja, primeiro nível de complexidade tecnológica do SUS e mais importante espaço organizativo da rede de atenção à saúde.

A ESF é marcada por algumas características e diretrizes, dentre as quais se destacam: porta de entrada preferencial do SUS e porta aberta, com acolhimento e acessibilidade; territorialização; adscrição da clientela e vínculo; coordenação do cuidado; trabalho em equipe multiprofissional; base de ordenamento das redes de atenção (MELO; PEREIRA, 2014).

A ESF apresenta um papel relevante no avanço da saúde no Brasil, tendo em vista que trabalha com ênfase na proteção e promoção da saúde, prestando atendimento integral e longitudinal aos indivíduos e famílias de uma determinada localidade (BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2015).

Na ESF, a equipe deve exercer amplamente o seu papel, isto é, tentando garantir a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diminuição dos riscos à saúde e organização das redes de serviços. Deve-se proporcionar a equidade, a justiça social como direito à saúde, a vida como um bem da coletividade que deve ser assegurada de forma integrada, conforme as necessidades da população, reduzindo as iniquidades e estimulando o debate intersetorial ancorado no conceito de saúde num *locus* privilegiado de responsabilidade sanitária da equipe (SOUSA, 2014).

A ESF, como reorientadora do processo de trabalho em saúde, aponta mudanças, desafios e perspectivas importantes para o trabalho da enfermagem na atenção primária, ou seja, amplia os diferentes protocolos de sistematização das ações de enfermagem nesse âmbito. São várias as responsabilidades da

enfermagem nos cuidados primários de saúde, considerando a atual política (SAMPAIO; BARRETO; KREMPEL, 2012).

Nessa direção, a Estratégia Saúde da Família constitui-se em terreno fértil para a detecção precoce e rastreamento do CCU entre as mulheres. Haja vista que a maior parte das ações de prevenção de doenças, proteção e promoção da saúde ocorre nesse espaço. E, nesse cenário, o enfermeiro exerce papel fundamental na identificação precoce e nas ações de rastreamento, que consiste em realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas saudáveis, visando ao diagnóstico antecipado, ou seja, captar precocemente pessoas que apresentam sintomas ou alterações no exame físico (BRASIL, 2013).

### **2.3 O papel do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família frente à prevenção do câncer cervicouterino**

É de fundamental importância à implantação e efetivação de políticas públicas, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher que garantam ações relacionadas ao controle do câncer do colo de útero e o acesso à rede de serviços de qualidade em todas as regiões do país.

Nessa perspectiva, o enfermeiro tem um papel significativo na prevenção do CCU e na realização de medidas preventivas na comunidade assistida, a fim de identificar as populações de alto risco e desenvolver um trabalho comprometido com a promoção da saúde integral da mulher, que se constitui em uma área estratégica de trabalho dentro do Pacto Pela Saúde, regulamentado pela Portaria nº 399 GM/MS, de 2006 (PAIVA et al., 2013).

O enfermeiro está inserido no cuidado direto à mulher em todos os níveis de atenção, razão pela qual é preciso atentar para a importância da prevenção e descoberta precoce do câncer cervicouterino, uma vez que faz parte de suas competências a coleta do exame de colpocitologia oncótica e a assistência integral a saúde da mulher (SALIMENA, et al., 2014).

Diante da prevenção do CCU, o enfermeiro exerce o papel de integrador das ações de atenção, articulando práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, preconizadas pela Lei Orgânica da saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (PAIVA et al., 2013). Nesse contexto, o enfermeiro desenvolve atividades

específicas de sua competência, administrativas e educativas e, através do vínculo com os usuários, concentra esforços para reduzir os tabus, mitos e preconceitos, buscando o convencimento da clientela feminina acerca dos benefícios da realização do exame contra o câncer cervicouterino (MELO et al., 2012).

Há necessidade de fomentar práticas de educação em saúde, a fim de possibilitar a tomada de consciência, por parte das mulheres-alvo, para a realização do exame Papanicolau, garantindo, inclusive, um acompanhamento adequado, como meio de promover práticas acumuladoras de saúde (PAIVA et al., 2013). Sendo assim, o profissional de enfermagem possui, entre suas atribuições, um papel educativo importante no que toca a detecção precoce do CCU (SALIMENA et al., 2014). Ressalta-se, portanto, a necessidade de intervenções educativas pelo enfermeiro, como base norteadora do atendimento integral à saúde da mulher (SOARES; SILVA, 2016). Estes mesmos autores consideram que a alta mortalidade por câncer cervicouterino pode ser um indicativo de falhas no diagnóstico precoce da displasia, decorrente de vários fatores, entre eles: a baixa cobertura de realização do exame de colpocitologia oncótica, demonstrando a falta de adesão da população feminina. Assim, há necessidade de implantar ações educativas capazes de estimular a tomada de consciência acerca das medidas de prevenção do câncer cervicouterino.

Nessa perspectiva, o enfermeiro deve abandonar o modelo biomédico, pautado somente na assistência, isto é, de tratamento da doença, para pautar suas ações no modelo de vigilância da saúde, disponibilizando conhecimentos e facilitando o acesso das mulheres às práticas preventivas e promocionais, visando reduzir as estatísticas de mortalidade por câncer cervicouterino.

Nessa direção, ressalta-se que a procura pela prevenção, por parte das mulheres, através da livre demanda, não é suficiente para uma boa cobertura do exame de Papanicolau. É imprescindível insistir em atividades educativas sistematizadas e efetivas dentro dos serviços de saúde com vistas a promover mudanças de atitudes, ou seja, ações que tragam significados para as mulheres, investindo na consolidação e no fortalecimento de vínculos entre mulheres e profissionais de saúde (MELO et al., 2012).

O enfermeiro deve, ainda, promover capacitações para a equipe de enfermagem e para a comunidade, a fim de que estes possam vir a atuar como

agentes multiplicadores junto à clientela. Espera-se que este profissional fomente um trabalho de orientação acerca da técnica do exame Papanicolau, para que este exame seja compreendido como uma ação rotineira dentro do âmbito da ESF no que toca a saúde da mulher (PAIVA et al., 2013).

Cabe ainda ressaltar que os profissionais de enfermagem devem estar sintonizados com o Código de Ética e com os princípios norteadores e organizativos do processo de trabalho - na lógica das redes de atenção à saúde - definidos pelo Decreto Presidencial nº 7.508/2011 e pela Portaria Ministerial nº 2.488/2011 (SAMPAIO; BARRETO; KREMPEL, 2012). Dessa forma, o novo modelo organizativo do sistema de saúde brasileiro propõe a ampliação do olhar e da *práxis* nos espaços dos serviços, contemplando as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação nos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2011c).

Segundo Soares e Meincke (2010), a prevenção do CCU é pouco dispendiosa e acessível quando se considera a relação custo/benefício, não sendo imprescindível o acesso a alta densidade tecnológica para a prevenção e controle dessa patologia. Porém, a responsabilização por parte dos profissionais de saúde ocorre por meio do estabelecimento de vínculo e do cuidado através de processos educativos, isto é, da compreensão do seu papel enquanto educador e formador de uma consciência sanitária junto às mulheres, incentivando a realização de exames para detecção precoce do câncer cervicouterino e a participação social nos processos decisórios.

O preâmbulo do Código de Ética dos profissionais de enfermagem afirma que a Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida. O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político (COFEN, 2007).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso das atribuições que lhe são conferidas, pela Lei nº 5.905 de 12 de julho de 1973, normatiza que no âmbito da equipe de Enfermagem a coleta de material para colpocitologia oncótica

pelo método de Papanicolau é privativa do enfermeiro, observadas as disposições legais (COFEN, 2011).

Para que se possa efetivar o controle do CCU, faz-se necessário o acolhimento da mulher desde a primeira consulta, o encaminhamento, quando necessário, para outros níveis de atenção, disponibilizando toda a tecnologia necessária ao diagnóstico e ao tratamento adequado de cada caso (SILVA et al., 2013).

Nessa linha de reflexão, observa-se que o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família é um profissional que pode contribuir efetivamente na prevenção e controle do câncer cervicouterino, por meio da realização de coleta do exame de Papanicolau, como também realizando atividades de educação em saúde voltadas para as mulheres no seu território de abrangência. Ademais, pode-se inferir que a educação em saúde pode ser um instrumento eficaz na prevenção e controle do câncer do colo uterino a ser realizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

No entanto, cabe destacar que, apesar de ser atribuição dos enfermeiros, a realização do exame Papanicolau no âmbito da ESF, a detecção precoce do câncer cervicouterino deve ser de responsabilidade de todos os profissionais inseridos na atenção básica/saúde da família, considerando ainda a importância do papel dos profissionais das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as linhas de cuidado voltado ao câncer do colo do útero.

#### **2.4 A Organização das Redes de Atenção à Saúde, na detecção precoce do câncer cervicouterino e as atribuições da equipe da Estratégia Saúde da Família**

A Atenção Básica apresenta, entre suas atribuições, o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde. Nesse sentido, ela deve acompanhar os usuários longitudinalmente, mesmo quando estes demandam por serviços especializados ou internações. Esse nível de atenção é o palco de articulação dos diversos serviços que compõe as redes, participando na definição de fluxos e necessidades de saúde de determinada população. Assim, o controle do câncer cervicouterino requer uma atenção básica qualificada, organizada

e integrada com os demais níveis de assistência. Somente dessa forma, será possível combater e diminuir esse tipo de câncer (BRASIL, 2013).

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articuladas de forma complementares, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde da população por meio de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2012a).

Em linhas gerais, a composição das linhas de cuidado, de acordo com o nível de atenção, está desenhada da seguinte maneira: Atenção Básica - realização da citologia de rastreamento e controle citopatológico, busca ativa da população alvo para a realização de exames e seguimento; Unidade Secundária - controle citopatológico, colposcopia, biópsia e método excisional; Unidade Terciária - cirurgia (conização, histerectomia etc), radioterapia e quimioterapia (BRASIL, 2013).

Linhas de cuidado é a imagem pensada que expressa os fluxos assistenciais seguros para atender as necessidades de saúde dos usuários. Pode-se dizer que é o itinerário percorrido pelo usuário dentro de uma rede de saúde, incluindo os segmentos, não necessariamente, inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (FRANCO, 2003).

As linhas de cuidado do câncer do colo do útero implicam na organização de um conjunto de ações e serviços de saúde, estruturados com base em critérios epidemiológicos e de regionalização para dar conta dos atuais desafios, considerando que esse tipo de câncer é de alta relevância epidemiológica e social. Essas linhas de cuidado tem a finalidade de assegurar, a mulher, o acesso humanizado e integral às ações e aos serviços qualificados para promover a prevenção do CCU, acesso ao rastreamento das lesões precursoras, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno. Deve ser organizada a partir de algumas diretrizes, a saber: prevenção e detecção precoce; programa nacional de qualidade da citologia; acesso à confirmação diagnóstica; tratamento adequado e em tempo oportuno (BRASIL, 2013).

A linha de cuidado integral incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso de todos aos recursos tecnológicos que o

usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e, ainda, de outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar e alta complexidade hospitalar; requerendo uma política de saúde sintonizada e boas práticas profissionais. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde.

Portanto, para impactar sobre os múltiplos fatores que perpassam no controle do câncer cervicouterino, é importante que a atenção às mulheres seja pautada em uma equipe multiprofissional e com práticas interdisciplinares, composta por intervenções de promoção, proteção da saúde, no tratamento da doença, na reabilitação e nos cuidados paliativos em saúde (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, podem-se elencar algumas atribuições comuns a todos os profissionais inseridos no âmbito da ESF, tais quais: conhecer as ações de controle do câncer cervicouterino; planejar e programar as ações de controle do câncer do colo do útero sob critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade; realizar ações de controle do câncer do colo do útero, com abordagem de promoção, prevenção, rastreamento, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal; realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe; desenvolver ações educativas de maneira individual e coletiva, promovendo a mobilização e a participação da comunidade; identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar as ações intersetoriais da equipe (BRASIL, 2013).

Por fim, faz-se necessário também, que a gestão pública garanta os recursos físicos e materiais fundamentais para a realização de todas as ações/procedimentos com qualidade, assegurando as referências para diagnóstico/tratamento para as mulheres de forma ágil, promovendo a comunicação entre profissionais e serviços, viabilizando a educação permanente em saúde e, finalmente, realizando uma contínua avaliação dos resultados. Estas são tarefas da gestão municipal e estadual e, em especial, da gestão de redes, em conjunto com todos os serviços envolvidos (KUSCHNIR; FAUSTO, 2014).

---

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, de natureza qualitativa, uma vez que trabalha com a dimensão subjetiva e simbólica das interações sociais na constituição das redes de sociabilidade, com foco no processo da vida cotidiana dos sujeitos. As pesquisas exploratórias proporcionam maior familiaridade com o fenômeno, com vistas a torná-lo mais explícito (GIL, 2010).

A pesquisa qualitativa não se atém ao universo numérico, mas valoriza a subjetividade do objeto em estudo, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a uma dimensão mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

#### **3.2 Cenário da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada no município de Assú, estado do Rio Grande do Norte, na mesorregião do Oeste Potiguar e Polo Costa Branca, localizado a 207 km da capital do estado, Natal.

O município de Assú possui uma população estimada de 56.829 habitantes e abrange uma área territorial de 1.303,442 km<sup>2</sup> (IBGE, 2014).

#### **3.3 Amostra, instrumento e procedimento de coleta de dados**

O município de Assú possui um total de 18 equipes da Estratégia Saúde da Família, das quais seis encontram-se localizadas na zona rural e 12 na zona urbana. Nesse estudo foram contempladas 10 equipes da zona urbana e uma da zona rural. Assim, a pesquisa abrangeu 11 equipes, isto é, 61% das equipes da ESF do município.



A amostra foi constituída por onze enfermeiros, sendo quatro do sexo masculino e sete do sexo feminino, com idade entre 23 e 39 anos, exercendo atividades nas equipes da Estratégia Saúde da Família e que demonstraram interesse e disponibilidade para participar da pesquisa.

Inicialmente, 16 enfermeiros aceitaram participar do estudo, entretanto quatro não compareceram a entrevista que havia sido agendada, e um enfermeiro entrou de férias, ficando a amostra constituída por 11 enfermeiros.

O critério de inclusão adotado foi estar no exercício da prática assistencial da ESF, há pelo menos um ano, na zona urbana e/ou rural. Foram excluídos da amostra os enfermeiros que estavam em licença hospitalar ou em gozo de férias.

Para as entrevistas, utilizou-se um roteiro composto por seis questões abertas. Esse instrumento continha duas partes: parte 1- dados de identificação; parte 2- questões relacionadas ao exame de prevenção do câncer cervicouterino (Apêndice A).

Triviños (2012) afirma que a entrevista é um dos importantes meios de coleta de informações uma vez que esta técnica ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis a liberdade e a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação.

A entrevista é considerada, entre todas as técnicas de interrogação, a que apresenta maior flexibilidade. É uma oportunidade de o entrevistador ser capaz de registrar as reações do entrevistado às perguntas que são feitas (MINAYO, 1994).

As entrevistas foram agendadas antecipadamente, pelo pesquisador, considerando a disponibilidade dos sujeitos. Os encontros ocorreram nos turnos matutino e vespertino, durante o mês de junho de 2016, e seguiram as orientações de Triviños (2012). Este tipo de abordagem aponta que os melhores resultados em pesquisas qualitativas são alcançados quando se realizam, inicialmente, entrevistas individuais que podem ser complementadas, posteriormente, por meio de outros instrumentos.

Todas as entrevistas foram pré-agendadas e realizadas de forma individual dentro das próprias Unidades de Saúde da Família, em local reservado previamente. Foi utilizado o sistema de gravação (MP4), e cada uma delas teve duração média de 20 minutos.

Optou-se pelo uso do gravador por acreditar ser o método mais fácil de coletar e transcrever com maior fidedignidade o conteúdo das entrevistas. As transcrições foram feitas imediatamente após o término de cada uma delas, procurando obedecer rigorosamente ao que foi relatado pelos entrevistados.

Utilizou-se também um 'diário de campo' para fazer registros que pudessem corroborar ou fazer contraponto com as falas, especialmente questões relativas à linguagem não verbal, contida nas expressões, interjeições, gestos e emoções que não podem ser capturadas por meio das gravações, servindo para complementar as análises do material coletado.

Segundo Minayo (2007) o diário de campo é um caderninho de notas onde iremos registrar todas as impressões pessoais e os comportamentos contraditórios dos sujeitos pesquisados. O diário de campo foi útil também, para registrar determinadas situações observadas nas USF por ocasião das visitas "*in loco*".

### **3.4 Análise dos dados**

Os dados foram analisados com base no método de Análise Temática de Conteúdo, proposta por Bardin (2009) e sistematizada por Minayo (2014), que permite acessar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto de pesquisa. Esse método objetiva desvendar o que está subjacente aos conteúdos perceptíveis, procurando ir além do óbvio, buscando evidenciar as situações de interesse da pesquisa.

A técnica de Análise Temática de Conteúdo pressupõe algumas etapas, definidas por Minayo (2014) como: leitura irresoluta do material produzido; organização dos termos em categorias (iniciais, emergentes e significativas); agrupamento e codificação das categorias e consolidando dos resultados do estudo.

Seguindo tais orientações a análise foi efetivada em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Durante a pré-análise foi feita uma leitura exaustiva do material, com o objetivo de obter uma visão do conjunto inicial e identificar as categorias para classificação das falas. Em seguida, durante a exploração do material, foi feita a análise em si, classificando as falas ou fragmentos de falas selecionados entre as categorias de análise. Dando

continuidade, foram identificados núcleos de sentido - unidades de análise - em cada categoria empírica que, juntamente com os pressupostos teóricos iniciais, apontaram as subcategorias e as inferências em torno dos quais foi realizada a análise interpretativa das falas.

Nesse sentido, foram constituídas quatro categorias de análise: *ações de prevenção do câncer cervicouterino; motivos que levam a realização do exame; realização do exame Papanicolau e atitudes/situações de risco que contribuem para o câncer cervicouterino.*

As categorias e subcategorias estão apresentadas no quadro a seguir, para melhor compreensão dos termos de maior significância do estudo em tela.

Quadro 1- Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas da prevenção do câncer cervicouterino, sob a ótica dos enfermeiros. Assú/RN, 2016.

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES DE ANÁLISE</b>
<b>Ações de prevenção do câncer cervicouterino</b>	Ações educativas pontuais	19
	Palestras/ campanhas do Ministério da Saúde	15
	Busca das mulheres pelo Agente Comunitário de Saúde	09
<b>Motivos que levam a realização do exame</b>	Presença de sinais/sintomas	28
	Prevenção das doenças	06
<b>Realização do exame Papanicolau</b>	Por demanda espontânea	09
	Sintonia com o preconizado pelo Ministério da Saúde.	02
<b>Atitudes/Situações de risco que contribuem para o câncer cervicouterino</b>	Busca esporádica das mulheres e por demanda espontânea	18
	Ausência de ações educativas sistemáticas e de grupos de mulheres junto a USF	34
	Desconhecimento das mulheres sobre a importância da prevenção do câncer cervicouterino	20

Fonte: Pesquisa de campo.

### 3.5 Aspectos Éticos

Foram seguidos os preceitos determinados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012b). E, ainda, os preceitos da Resolução COFEN 311/2007, que trata do código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2007).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) e aprovado em 27 de maio de 2016, com o Parecer nº 1.562.578 e CAAE 53753215.5.0000.5292 (Anexo A).

Para o desenvolvimento desse estudo, inicialmente foi solicitada autorização/carta de anuência ao Secretário de Saúde do município de Assú-RN, sendo formalizada por meio da sua assinatura na folha de rosto, obtida após o registro da pesquisa no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (Apêndice B).

Todos os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C) que foram lidos e assinados, após aceitarem participar da pesquisa. Para a preservação do anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa, as identidades foram representadas por personagens da mitologia grega.

---

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Caracterização dos Participantes

A faixa etária dos enfermeiros variou entre 23 a 39 anos de idade, sendo sete do sexo feminino e quatro do sexo masculino.

Os profissionais possuem pós-graduações variadas. Entretanto, apenas três possuíam especialização em Saúde da Família e três afirmaram não cursado qualquer tipo de pós-graduação. O tempo de formação profissional variou entre um e nove anos.

O período de ocupação na Estratégia Saúde da Família variou de um a oito anos, entretanto, a maioria afirmou trabalhar há pelo menos um ano na ESF.

### 4.2 Categorias Emergentes

Após a leitura aprofundada dos discursos, foram elaboradas quatro categorias de análise. As categorias emergentes foram: 1) Ações de prevenção do câncer cervicouterino, subdividida nas subcategorias: (a) Ações educativas pontuais; (b) Palestras/ campanhas do Ministério da Saúde; (c) Busca das mulheres pelo Agente Comunitário de Saúde. 2) Motivos que levam a realização do exame, composta pelas subcategorias: (a) Presença de sinais/sintomas; (b) Prevenção das doenças. 3) Realização do exame Papanicolau, composta pelas subcategorias: (a) por demanda espontânea; (b) sintonia com o preconizado pelo Ministério da Saúde. 4) Atitudes/Situações de risco que contribuem para o câncer cervicouterino, composta pelas subcategorias: (a) Busca esporádica das mulheres e por demanda espontânea; (b) Ausência de ações educativas sistemáticas e de grupos de mulheres junto a USF; (c) Desconhecimento das mulheres sobre a importância da prevenção do câncer cervicouterino.

#### 4.2.1 Ações de prevenção do câncer cervicouterino

Quadro 2 - Ações de prevenção do câncer cervicouterino

AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CERVICOUTERINO		
Ações educativas pontuais	Palestras/ campanhas do Ministério da Saúde	Busca das mulheres pelo Agente Comunitário de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>• As ações de educação em saúde são realizadas de forma esporádica e sem sistematização.</li> <li>• A educação em saúde está atrelada ao repasse de informações de forma tradicional/educação bancária.</li> <li>• A educação em saúde é uma prescrição do que deve ser seguido pelas usuárias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As ações educativas são realizadas em ocasiões específicas: campanhas do outubro Rosa.</li> <li>• Utilizam a sala de espera para fazer palestra, orientando as mulheres acerca de como devem se prevenir.</li> <li>• Aproveitam a oportunidade do atendimento dos grupos de hiperdia, planejamento familiar para a realização de palestras. Orientadas pela pedagogia da transmissão e do condicionamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreendem a busca ativa como uma importante ferramenta para a detecção precoce do câncer do colo do útero.</li> <li>• É feita a “busca ativa” de forma esporádica e sem sistematização.</li> <li>• Ausência de critérios para a realização da busca ativa das mulheres de 25 a 64 anos de idade.</li> </ul>

Fonte: Pesquisa de campo.

Esta categoria está composta por três subcategorias, cujas unidades de contexto relacionam-se as ações desenvolvidas pelos enfermeiros das equipes das Estratégias Saúde da Família frente à detecção e rastreamento do câncer cervicouterino. As subcategorias que a compõe são: **Ações educativas pontuais; Palestras/ campanhas do MS e Busca das mulheres pelo ACS.**

##### 4.2.1.1 Ações educativas pontuais

Essa subcategoria discute acerca das atividades de educação em saúde realizada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, voltadas para a prevenção e realização do exame contra o câncer cervicouterino. Observa-se que os

entrevistados fazem referência a utilização de ações educativas para esse fim, entretanto vê-se que as ações ocorrem de maneira genérica e pontual, não havendo sistematização, tampouco ações educativas organizadas e periódicas, com base nas necessidades e na realidade local.

[...] Sim, se faz através de ações educativas [...] (Zeus).

[...] Existem sim as ações principalmente no que diz respeito à educação em saúde. [...] sempre quando existe algum tipo de ação educativa nós orientamos as mulheres para à realização do exame (Ártemis).

[...] Nós realizamos ações de forma que a mulher venha a ser orientada através de educação em saúde para que ela saiba e tenha ciência da importância do exame preventivo (Apolo).

A prevenção do câncer do colo do útero deve se constituir em uma ação básica dentro do processo de trabalho dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro que, por meio da consulta de enfermagem, pode fomentar práticas educativas prioritárias para a educação e o empoderamento das mulheres acerca do tema. Nesse sentido, destaca-se a importância de se conhecer o perfil das usuárias adstritas à USF para que se possa atuar de forma significativa e eficaz, ou seja, para a promoção e prevenção do câncer do colo do útero (PAIVA et al., 2013).

Quando se possibilita às mulheres, o conhecimento e, conseqüentemente, o empoderamento sobre o tema câncer de colo uterino e suas formas de prevenção, torna-se mais fácil a adesão destas à realização do exame Papanicolau (SOARES; SILVA, 2016).

Compreende-se que, a prática educativa ensejada pelos profissionais da Atenção Básica, deve oportunizar que usuários exerçam a sua vocação ontológica de ser sujeito que constrói o mundo, estimulando o poder criador da humanidade. Para tanto, profissionais e usuários não devem ocupar polos opostos no processo educativo, devem, na realidade, educarem-se entre si, a partir da ocupação de espaços de diálogo e comunicação (FREIRE, 2011).

A efetivação de práticas educativas comprometidas com a emancipação dos sujeitos dentro da ESF é um desafio a ser perseguido, uma vez que ainda se

apresentam de forma incipiente, com utilização de metodologias tradicionais que não promovem autonomia, comprometendo o estabelecimento de vínculo entre os trabalhadores de saúde e população. Desta forma, é imprescindível envolver a gestão, os profissionais de saúde e os usuários na implantação de novas práticas educativas, adotando metodologias que ultrapassem a coerção e priorizando o diálogo, o compartilhamento de saberes e o vínculo (ALVES; AERTS, 2011).

A educação em saúde deve ser pautada na estimulação do diálogo, da reflexão, da ação compartilhada e do questionamento (VALENTE; ANDRADE; SOARES, 2013).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família apresenta-se enquanto espaço fértil e promissor para o desenvolvimento de uma educação em saúde capaz de despertar a consciência crítica e reflexiva dos usuários, instrumentalizando-os para o exercício da participação social. Carvalho (2009) destaca a importância da educação em saúde dentro da ESF, uma vez que esta possibilita a concretização de um de seus objetivos que é a produção social da saúde, efetivada a partir de uma prática educativa que possibilite a troca de saberes e experiências entre a comunidade e os profissionais.

Em consonância com o Sistema Único de Saúde - SUS e tomando por base o Pacto pela Saúde 2006, torna-se imprescindível que profissionais de saúde desenvolvam ações de prevenção e educação em saúde de forma dialógica, junto às mulheres com vistas à redução da mortalidade por câncer de colo uterino (REIS, 2013).

Observa-se nas falas dos enfermeiros que as atividades de educação em saúde, voltadas para a temática da prevenção do câncer cervicouterino, são realizadas de forma verticalizada, na perspectiva de uma “educação bancária”, como se observa na fala abaixo:

[...] Aqui na unidade utilizamos a sala de espera para ensinar aos pacientes a importância do exame de forma bem rápida e sucinta [...] (Dionísio).

De modo geral, as práticas educativas tendem a ser pouco valorizadas em relação à assistência, isto é, a produção de procedimentos clínicos. Há, também, uma tendência de centrar essas práticas na vertente da educação bancária e



tradicional, não de modo intencional, mas como um hábito pouco reflexivo, ainda que os discursos sejam em torno de temas como transformação ou educação popular (DAVID; SILVA, 2012).

Para Paulo Freire (1996), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Educar é um processo de construção permanente. Nessa perspectiva, é fundamental considerar o conhecimento e a experiência dos participantes permitindo a troca de saberes. Isso estimula a pessoa a construir um processo decisório, autônomo e centrado em seus interesses. A educação em saúde, mais do que difundir informações, deve buscar ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade (CAMPOS, 2013).

Os discursos deixam evidente a necessidade de se investir em práticas educativas direcionadas à problemática do câncer do colo do útero. Tais práticas ainda são bastante pontuais e não fazem parte da rotina das unidades de Saúde da Família, principalmente para o público-alvo de mulheres que necessitam realizar o exame contra o câncer cervicouterino.

#### 4.2.1.2 Palestras/campanhas do Ministério da Saúde

Essa subcategoria discute que a captação das mulheres para a realização do exame contra o câncer do colo do útero é realizada em ocasiões específicas, como nas campanhas de 'Outubro Rosa', dentre outras. Assim, a sala de espera também foi referida como o local utilizado para palestras, onde são transmitidas as mulheres à maneira como eles devem agir para evitar o câncer de colo uterino, utilizando-se, preferencialmente, do repasse de informações e orientações a serem seguidas por elas.

Dessa forma, observou-se que os enfermeiros aproveitam a oportunidade, durante as palestras direcionadas aos grupos de hiperdia (hipertensos e diabéticos) e de planejamento familiar, para abordar a temática da prevenção contra o câncer do colo do útero. Como se observa nas falas abaixo:

[...] As ações desenvolvidas na nossa unidade são ações em conjunto [...] Desenvolvemos atividades coletivas, na sala de espera no momento do Hiperdia [...] (Hermes).

[...] Fazemos durante as consultas de Hiperdia e no planejamento familiar (Dionísio).

[...] A gente já fez algumas atividades coletivas aproveitando momentos como outubro Rosa que intensifica mais [...] (Baco).

#### 4.2.1.3 Busca das mulheres pelos Agentes Comunitários de Saúde

Esta subcategoria enfatiza a importância da busca de mulheres para a realização do exame de colpocitologia oncótica, pelos Agentes Comunitários de Saúde. Faz-se compreender que essa atividade é de cunho quase que exclusivo dos ACS, isto é, constituindo-se como uma de suas atribuições e responsabilidade.

[...] Orientamos os Agentes Comunitários de Saúde para que no momento da visita digam as mulheres para procurem a unidade para a realização do exame de prevenção (Apolo).

[...] Quem realiza essa captação normalmente são os Agentes Comunitários de Saúde. Após a reunião, estabelecemos os critérios de como a gente vai trabalhar. Então, eles vão as casas, orientam e trazem as mulheres até a unidade (Vênus).

[...] A gente faz a busca ativa por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (Ártemis).

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. Suas ações devem buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade (BRASIL, 2012a).

No que se refere ao controle do CCU, o Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição: conhecer a importância da realização do exame citopatológico, como estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer do útero na população feminina da sua microárea; realizar visita domiciliar as mulheres de sua microárea, orientando-as sobre a importância da realização dos exames e facilitando o acesso a eles; estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo atividades educativas relativas ao controle dos cânceres, de acordo com o planejamento da equipe, com vistas à promoção da saúde, a prevenção, e o acompanhamento das mulheres (BRASIL, 2013).

A visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde é um instrumento de intervenção útil para captar as mulheres e aumentar a adesão ao exame de colpocitologia oncótica (SOARES; SILVA, 2016). Nessa direção, faz-se necessário que os ACS estejam capacitados para atuarem no rastreamento do câncer do colo do útero por meio de busca ativa das mulheres-alvo visando à realização do exame de prevenção contra o câncer cervicouterino.

No entanto, cabe ressaltar que o sucesso do rastreamento depende do vínculo entre os profissionais de saúde e a população, e o ACS desponta como o elo que possibilita essa relação de confiança entre a equipe de saúde e a comunidade assistida. Compreende-se, assim, que tal tarefa não pode nem deve ficar exclusivamente sob a responsabilidade do ACS, mas necessita envolver todos os profissionais da equipe por meio de debates permanentes acerca da situação de saúde das mulheres da área adstrita. Faz-se necessário, também, um planejamento organizado, coletivo e responsável por parte de todos os profissionais da equipe de Saúde da Família, uma vez que tal situação deve ser de responsabilização de todos aqueles que estão inseridos na atenção básica de saúde.

#### 4.2.2 Motivos que levam a realização do exame

Quadro 3 - Motivos que levam a realização do exame

##### MOTIVOS QUE LEVAM A REALIZAÇÃO DO EXAME

Presença de sinais e sintomas
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Os sintomas como corrimento vaginal, prurido vaginal, dor pélvica são as principais causas de procura para a realização do exame de colpocitologia oncótica.</li> <li>● Aguardam o aparecimento de sinais e sintomas para a realização do exame cervicouterino.</li> <li>● As mulheres desconhecem a importância do exame de prevenção contra o câncer do colo do útero só procurando a USF em caso de algum incômodo.</li> </ul>

Fonte: Pesquisa de campo

Prevenção das doenças
<ul style="list-style-type: none"> <li>● As mulheres referem que procuram realizar o exame de Papanicolau para se prevenir de doenças, no entanto, em nenhum momento citam os tipos de doenças que podem acometê-las em caso da não realização sistemática do exame.</li> </ul>

Fonte: Pesquisa de campo

Compreende o conjunto de duas subcategorias e refere-se aos motivos que levam as mulheres a realizarem o exame de prevenção contra o câncer cervicouterino nas equipes da Estratégia Saúde da Família. Nesta categoria estão definidas as subcategorias: ***Presença de sinais e sintomas*** e ***Prevenção das doenças***.

A partir desta categoria pode-se inferir que, sob o ponto de vista dos enfermeiros, a maioria das mulheres procura realizar o exame de colpocitologia oncótica, principalmente devido a sintomas como corrimento e prurido vaginal.

#### 4.2.2.1 Presença de sinais e sintomas

Essa subcategoria analisa de forma categórica que as mulheres que procuram a ESF para a realização do exame cervicouterino vão, em sua maioria, em busca de debelar algum mal-estar representado por um sinal ou sintoma em seu corpo.

Dessa forma, pode-se inferir que a procura para a realização do exame contra o câncer do colo do útero é praticada por razões diversas, revelando pouco conhecimento sobre o objetivo do referido exame. Tal prática contribui para o aumento dos índices de neoplasias do câncer do colo do útero. Vê-se nos discursos:

[...] Sinais e sintomas que elas apresentam como corrimento vaginal, prurido, odor fétido (Zeus).

[...] Quando tem alguma queixa, sentindo muita dor no baixo ventre, no ato da relação sexual sente dor, a leucorreia, o odor fétido (Hera).

[...] Queixas principalmente durante a relação sexual, aí elas sentem dor. Geralmente quando elas vêm é porque tem alguma queixa (Atena).

[...] os motivos são diversos, os principais que a gente identifica são os sintomas como dor pélvica, coceira, corrimento (Ares).

Em fase precoce o câncer do colo do útero, habitualmente, não apresenta sintomas. A colpocitologia oncótica é capaz de detectar o câncer cervicouterino na fase inicial, tornando-o curável por meio de medidas relativamente

simples. Daí, a importância da mulher fazer seu exame periódico e não esperar que apareçam sintomas. Desta forma, a chance de detectar lesões com possibilidade de cura torna-se maior (SOARES, SILVA, 2016).

Apesar de reconhecer a importância do exame de prevenção do câncer cervicouterino, ainda persiste a busca para a realização do referido exame somente na presença de sintomas (PICOLLI; CASARIN, 2011).

Tais fatos demonstram a importância de se investir em ações de educação em saúde por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família, pautadas numa educação emancipadora dos sujeitos, no sentido de permitir que os sujeitos se apropriem da importância da realização do exame de Papanicolau.

#### 4.2.2.2 Prevenção de doenças

Tal subcategoria demonstra que algumas mulheres procuram espontaneamente as unidades da Estratégia Saúde da Família para a realização do exame contra o câncer de colo do útero. Certamente, estas conseguiram internalizar as informações e conhecimentos acerca da doença e da importância de prevenir-se. Mas, observando as falas dos enfermeiros, pode-se dizer que eles deixam transparecer que as mulheres não afirmam, de forma categórica, que buscam a prevenção do câncer de colo uterino, mas, buscam a 'prevenção de alguma doença'. Senão, vejamos:

[...] Vem para se prevenir [...] (Apolo).

[...] Prevenir algum tipo de doença (Ártemis).

[...] Vem por medo de ter alguma doença [...] (Hefesto).

O pouco conhecimento das mulheres sobre o câncer do colo do útero evidencia a necessidade de um aprofundamento acerca da temática, além do estabelecimento de um plano de atividades educativas por meio de metodologias ativas, considerando as experiências e o próprio conhecimento das mulheres sobre o assunto, com base em suas demandas e necessidades (BOA SORTE, 2016).

### 4.2.3 Realização do exame Papanicolau

Quadro 4 - Realização do exame Papanicolau

REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAU	
Por demanda espontânea	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Não é estabelecido um público-alvo, entre as mulheres, para a realização dos exames contra o câncer do colo do útero.</li> <li>● Os exames são realizados por demanda espontânea.</li> <li>● Os exames para a detecção precoce contra o câncer do colo do útero são realizados de forma oportunista, não levando em consideração a base populacional.</li> </ul>	
Fonte: Pesquisa de campo	
Sintonia com o preconizado pelo Ministério da Saúde	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Os exames contra o câncer de colo do útero devem obedecer ao que é preconizado pelo Ministério da saúde.</li> <li>● Para a realização do exame cervicouterino se priorizam as mulheres que tem vida sexual ativa, independentemente da idade.</li> </ul>	
Fonte: Pesquisa de campo	

Compreende o conjunto de duas subcategorias e refere-se à existência de priorização ou não para a realização dos exames de prevenção contra o câncer do colo do útero nas mulheres entre 25 a 64 anos de idade. Nesta categoria estão definidas as subcategorias: ***Por demanda espontânea*** e ***Sintonia com o preconizado pelo Ministério da Saúde***.

Esta categoria discute acerca da realização do exame Papanicolau na USF. Nesse sentido, traz elementos importantes, como, por exemplo, a importância de se priorizar as mulheres entre 25 a 64 anos, revelando também que, na área adstrita às USF, há mulheres cujo o exame de colpocitologia oncótica nunca foi realizado e aquelas que o fizeram há mais de três anos.

#### 4.2.3.1 Por demanda espontânea

Essa subcategoria revela que não há prioridade para realização do exame de colpocitologia oncótica nas Unidades da Estratégia de Saúde da Família do município de Assú. Ao invés disso, as mulheres são atendidas de acordo com as suas vontades, entendimentos e de forma espontânea, não havendo uma organização ou planejamento das equipes para a prestação desse serviço.

[...] a gente não dá essa prioridade, a mulher que aparece aqui para fazer o exame, nós colhemos o exame preventivo do câncer do colo do útero (Hera).

[...] Não, a gente não está priorizando. Eu sempre procuro captar as mulheres tanto mais novas, como as mais idosas [...] (Atena).

[...] não há faixa etária prioritária no grupo de mulheres em idade fértil ... que a gente priorize [...] quem quiser fazer o preventivo faz, independente da sua idade [...] (Hefesto).

[...] A prioridade é a demanda que vier, que aparecer. As pessoas que já têm vida sexual ativa, a gente está buscando (Posêidon).

O CCU é raro em mulheres de até 30 anos de idade, sendo que a incidência aumenta progressivamente até a faixa entre 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida, com expressivas diferenças regionais (BRASIL, 2014).

No entanto, ainda se verifica, no Brasil, um déficit elevado de exames citopatológicos em mulheres na faixa etária alvo recomendada (INCA, 2012).

Apesar das recomendações realizadas pelo INCA e pelo Ministério da Saúde, estudos indicam um expressivo percentual de realização de exames citopatológicos fora da faixa etária preconizada, sugerindo que um número significativo de procedimentos diagnósticos e terapêuticos é desnecessário (SILVA, et al.,2014).

Concernente ao tipo de rastreamento, no Brasil, a maioria dos exames de colpocitologia oncótica é realizada de forma oportunística nos serviços de saúde, e a avaliação do impacto do rastreamento é focada apenas na cobertura da população

que realizou os exames, e não no número de mulheres na faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde (SOARES; SILVA, 2016).

Pode-se inferir a inexistência de planejamento de ações voltadas para a prevenção do câncer do colo do útero em boa parte dos serviços de saúde. Dessa forma, a ausência de critérios para a realização do referido exame, além de onerar o sistema público de saúde através de exames desnecessários, também concorrem para o aumento do câncer do colo de útero, uma vez que deixam de incluir aquelas mulheres que estão dentro da faixa etária indicada e não foram contempladas à medida que o serviço não realiza a busca ativa.

[...] A gente não tem uma prioridade estabelecida aqui, né [...] deixamos aberto a todas as mulheres que iniciaram a atividade sexual, elas são orientadas a vir a unidade para agendar o exame [...] (Ares).

[...] Não, aqui na nossa Unidade não há prioridade, a demanda é variada Meninas de 14 anos até mulheres de 64 anos de idade [...] (Afrodite).

Apenas 8% dos exames são, de fato, realizados a cada três anos, enquanto há cerca de 50% de repetição anual. Com essa prática, algumas mulheres permanecem sem fazer o exame preventivo enquanto outras o repetem excessivamente (INCA, 2012).

O rastreamento contra o câncer do colo do útero deveria seguir um conjunto de ações programadas, com populações e periodicidades definidas, o que tem sido denominado de programa organizado. No entanto, é sabido que ainda predomina, em países como o Brasil, a realização de controles não relacionados com as normas estabelecidas, e sim com a procura ocasional dos serviços, determinadas por razões diversas que não o rastreamento do câncer do colo de útero. Essa modalidade tem sido designada de rastreamento oportunístico, e não tem sido eficiente em reduzir as taxas de incidência e mortalidade do câncer do colo de útero. O rastreamento oportunístico apresenta baixa cobertura, super-rastreia um pequeno grupo de mulheres e, portanto, é menos custo-efetivo (VALE, et al., 2010).

O panorama do câncer de colo de útero deixa clara a necessidade não só de ampliar o acesso aos serviços especializados, mas também a importância da realização deste exame na faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde.



Em relação às mulheres acima da faixa etária recomendada, torna-se imperativo que sejam levados em consideração os fatores de risco, a frequência dos exames e o resultado dos exames anteriores.

A frequência do rastreamento deve ocorrer para cada caso de maneira individualizada. É fundamental que a equipe de saúde incorpore na atenção às mulheres no climatério, orientação sobre o que é, sobre qual a importância do exame preventivo do colo do útero, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade na população de risco (BRASIL, 2006a).

No Brasil ainda predominam os exames realizados por demanda espontânea dos serviços de saúde por razões diversas que não a prevenção. Em consequência, a metade dos casos é diagnosticada em estágios avançados da doença, mantendo elevada a taxa de mortalidade há duas décadas, sem evidências de reduções significativas (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2010).

Para tanto, deve-se reduzir a frequência dos exames em excesso e aperfeiçoar os recursos disponíveis. O objetivo não deve ser a redução do número de coletas, e sim o desenvolvimento de estratégias para que aquelas mulheres, sob maior risco de desenvolver o câncer, tenham acesso ao sistema, seja por demanda espontânea ou por busca ativa (VALE, et al., 2010).

Dessa forma, observa-se que para um programa de prevenção do câncer cervicouterino ser considerado eficiente, repercutindo na diminuição da morbimortalidade, a cobertura de rastreamento pela colpocitologia oncótica deve atingir 85% da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos de idade (SOARES; SILVA, 2016).

A colpocitologia oncótica é uma forma significativa de rastreamento e diagnóstico do CCU, porém o percentual de mulheres beneficiadas pelo exame no Brasil ainda é muito reduzida necessitando de uma cobertura de 85% da população feminina de risco para que se obtenha um impacto epidemiológico (SILVA; ARAÚJO; ARAÚJO, 2011).

Há também a necessidade de implantação de ações e políticas governamentais para criação de programas de detecção das lesões precursoras do câncer em sua fase inicial nos locais onde não existem, assim como da melhoria da qualidade de acesso aos serviços existentes (ANJOS et al., 2010).

Pode-se apontar a importância da implantação e da efetivação de políticas públicas na atenção básica com ênfase na atenção integral à saúde da mulher, garantindo ações relacionadas ao controle do câncer do colo de útero, ou seja, o acesso à rede de serviços em qualidade e quantidade suficientes com vistas a suprir essas necessidades em todas as regiões do país.

Nesse contexto, o enfermeiro apresenta um papel importante, tanto na detecção precoce do CCU como na facilitação de processos educativos, podendo contribuir positivamente para melhor qualidade da assistência através de um cuidado integral (SALIMENA, 2014).

Portanto, é imprescindível que o enfermeiro tenha uma atuação preventiva em relação ao câncer cervicouterino. Observa-se que a atuação deste profissional na Estratégia Saúde da Família ainda é incipiente, não havendo rastreamento na faixa etária, recomendada pelo Ministério da Saúde, acarretando em repetições desnecessárias de exames de colpocitologia oncótica.

#### 4.2.3.2 Sintonia com o preconizado pelo Ministério da Saúde

Esta subcategoria mostra a importância de se priorizar as mulheres por faixas etárias específicas, ou seja, aquelas que se encontram dentro da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde.

[...] Na verdade, a gente segue a faixa que é preconizada pelo Ministério da Saúde que é de 25 a 64 anos (Ártemis).

[...] Priorizamos as mulheres acima de 25 anos (Zeus).

Destaca-se que essa compreensão está presente na fala de uma pequena parte dos enfermeiros. Estes profissionais reconhecem a importância da realização dos exames de prevenção e seguem as orientações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Entretanto, essa não é a prática hegemônica dentro dos serviços de saúde do município, como já revelado anteriormente.

A evolução do câncer do colo do útero, na maioria dos casos, se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura (PICCOLI; CASARIN, 2011).

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil justificam a implementação de ações nacionais voltadas para a

prevenção (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), com base nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, as ações de detecção precoce têm impacto na mortalidade por estas neoplasias, sendo necessária a implantação e efetivação de estratégias tais como a padronização de procedimentos e de condutas que garantam a qualidade dos processos técnicos e operacionais para o controle do câncer (BRASIL, 2011a).

#### 4.2.4 Atitudes/situações de risco que contribuem para o câncer cervicouterino

Quadro 5 - Atitudes/situações de risco que contribuem para o câncer cervicouterino.

ATITUDES/SITUAÇÕES DE RISCO QUE PODEM CONTRIBUIR PARA O CÂNCER CERVICOUTERINO
Busca esporádica das mulheres e por demanda espontânea
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Não há busca ativa na maioria das unidades da ESF e a captação das mulheres é feita de forma não sistematizada.</li> <li>● A realização do exame de prevenção é feito de acordo com a demanda que chega à USF, ou seja, por meio da demanda espontânea.</li> </ul>
Ausência de ações educativas sistematizadas e de grupos de mulheres na USF
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Não há planejamento das ações educativas voltadas para a prevenção e rastreamento do câncer cérvico-uterino.</li> <li>● As ações de educação em saúde não são priorizadas, prevalecendo a oferta de ações de cunho assistencial.</li> <li>● Muitos profissionais não desenvolvem ações de educação em saúde voltadas a clientela de mulheres adstritas a USF.</li> <li>● Não há composição de grupo de mulheres específicos nas USF para debater as questões relacionadas à saúde da mulher.</li> </ul>
Desconhecimento das mulheres sobre a importância da prevenção do câncer cervicouterino
<ul style="list-style-type: none"> <li>● As mulheres desconhecem a real importância do Exame Papanicolau.</li> <li>● O desconhecimento das mulheres acerca da prevenção gera riscos a sua saúde delas.</li> <li>● A não realização do exame pode levar ao desenvolvimento do câncer do colo uterino.</li> </ul>

Fonte: Pesquisa de campo.

Compreende o conjunto de três subcategorias e refere-se à existência de atitudes e situações de risco que podem contribuir para o aumento de novos casos de câncer do colo do útero. Esta categoria está definida por três subcategorias: ***busca esporádica das mulheres e por demanda espontânea; ausência de ações educativas sistemáticas e de grupos de mulheres junto a USF e desconhecimento das mulheres sobre a importância da prevenção do câncer cervicouterino.***

#### 4.2.4.1 Busca esporádica das mulheres e por demanda espontânea

Essa subcategoria discorre que a busca das mulheres para a realização do exame é realizada de forma esporádica, prevalecendo à demanda espontânea no que toca a realização do exame Papanicolau. Pode-se dizer que tal prática constitui-se em uma situação de risco para a saúde das mulheres do município, uma vez que a falta de controle sistemático pode levar ao câncer do colo do útero. Desse modo, a organização dos serviços de saúde para o rastreamento do câncer pode ser estruturada com base em uma oferta organizada e espontânea.

No tipo organizado, existem estruturas e recursos adequados para a realização periódica do teste de rastreamento, bem como para o rastreamento de lesões suspeitas. Mecanismos para recrutamento da população-alvo estão disponíveis e o acompanhamento sistemático das pessoas, com teste de rastreamento positivo, deve ser uma prática habitual.

No tipo espontâneo, o teste de rastreamento não é aplicado de forma sistemática, na rotina dos serviços de saúde, restringindo-se à população que busca, ocasionalmente, os serviços de saúde por diferentes razões. Nessa situação não se desenvolve busca ativa de casos, resultando em desigualdades no acesso e uso ineficiente de recursos. Esse tipo de organização, com base em demanda espontânea, é característica básica do modelo assistencial privatista, tradicionalmente encontrado nos serviços de saúde no Brasil (SILVA, et al.,2014).

Assim, a cobertura além de insuficiente, concentra-se nas mulheres mais jovens, não alcançando mulheres de 50 a 60 anos, grupo que apresenta maior risco para o câncer. A prática de busca ativa de casos, associada ao monitoramento da realização dos exames, são ações que podem favorecer o aumento da cobertura do Papanicolau, especialmente nas mulheres acima de 50 anos (SILVA, et al.,2014).

Ademais, para que um programa de rastreamento seja efetivo, deve-se garantir o rastreamento da maioria da população susceptível, caso contrário, não haverá redução nos indicadores de morbimortalidade, ou seja, de morte por câncer do colo do útero (BRASIL, 2010).

#### 4.2.4.2 Ausência de ações educativas sistemáticas e de grupos de mulheres junto a USF

Essa subcategoria relata a ausência de ações educativas sistemáticas e organizadas, necessárias na atenção básica e fundamentais dentro das ESF, destinadas a promover o empoderamento das mulheres da região no que toca a prevenção do câncer cervicouterino.

[...] As ações educativas são esporádicas [...] (Hefesto).

[...] Ainda não tive tempo de montar uma palestra, um momento exclusivo para as mulheres principalmente para o público de 25 a 64 anos (Posêidon).

As atividades educativas devem ser elaboradas e praticadas por todos os membros da Equipe de Saúde da Família, visto que os usuários estão em contato cotidianamente com os diversos profissionais de saúde dentro da USF. Os membros dessa equipe devem conhecer bem a realidade local – o perfil social e reprodutivo das mulheres – e elaborar planos para atingir diretamente as necessidades de saúde das usuárias. Ademais, quando essas ações são realizadas por todos os profissionais da equipe, não há sobrecarga de atividades para nenhum profissional em particular (MELO et al., 2012).

É necessário investir em ações de educação em saúde na ESF, através de uma prática humanizada, por parte dos profissionais de saúde, que possam impactar sob o entendimento e compreensão das mulheres quanto à necessidade da prevenção. Essa prática deve ser pautada no conceito de integralidade a saúde da mulher e da família (SOUZA, 2011).

Enfim, a formação de grupos específicos de mulheres, dentro dos espaços das USF, é uma estratégia fundamental para se viabilizar momentos de escuta e trocas dialógicas, fomentando o debate acerca da saúde da mulher.

#### 4.2.4.3 Desconhecimento das mulheres sobre a importância da prevenção do câncer cervicouterino

A subcategoria Desconhecimento das mulheres sobre a importância da prevenção do câncer cervicouterino, mostra quão fundamental são as estratégias de educação em saúde nos diversos espaços, dentro do território da ESF. O discurso dos enfermeiros deixa transparecer que as mulheres desconhecem o exame que pode prevenir o câncer do colo do útero e salvar vidas:

[...]Também têm aquelas que procuram fazer por prevenção mesmo, mas a maioria vem mesmo quando estão sentindo alguma coisa (Hera).

[...] Muitas delas vêm com queixas de dor, corrimento (Apolo).

[...] Elas vêm por causa de corrimento, dor pélvica ou às vezes um prurido intenso (Hermes).

Souza (2011) descreve que além das consultas para o exame de Papanicolau, um instrumento eficaz para a prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero, é a troca/divulgação de informações importantes, acerca do câncer e de suas formas de prevenção, para as mulheres e a comunidade. O mesmo autor propõe algumas ações que podem contribuir para aumentar o conhecimento das mulheres sobre a necessidade de se fazer o exame Papanicolau: promover e ampliar a divulgação de informações, durante as visitas domiciliares, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, com o intuito de encorajar as usuárias a se envolverem na promoção da saúde, aumentando o nível de informação da população feminina sobre cuidados em saúde e prevenção de doenças. Essas iniciativas podem ser realizadas através de campanhas educativas nas escolas,

comunidades religiosas, associações de moradores e creches, estimulando, as mulheres, a adesão do exame; estimular o encontro de mulheres, mensalmente, fomentando educação em saúde, por ocasião da coleta do exame preventivo (SOARES; SILVA, 2016).

Portanto, faz-se necessário extrapolar os muros das Unidades de Saúde da Família para a realização de ações que contribuam para o conhecimento das mulheres e aumento do número de exames preventivos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Cabe aqui fazer um destaque para os registros do Diário de Campo, uma vez que foi possível comprovar a demora na entrega dos resultados dos exames Papanicolau, realizados pelos profissionais nas unidades investigadas, ou seja, os resultados dos exames eram disponibilizados no prazo de, aproximadamente, três a quatro meses, comprometendo, significativamente, o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento dos casos positivos. Tal situação pode ser considerada como um agravante para o desenvolvimento do CCU, demonstrando a fragilidade do serviço. Os registros do Diário de Campo dão conta, também, de mulheres que nunca realizaram o exame Papanicolau no serviço de saúde do município e, também, aquelas que o fizeram há mais de três anos, necessitando de uma ação proativa por parte dos profissionais de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Os resultados deste estudo permitem fazer algumas reflexões com base nas questões que ancoram a pesquisa. Nesse sentido, buscou-se responder o questionamento: que ações são adotadas pelos enfermeiros, da Estratégia Saúde da Família de Assú, para o enfrentamento do câncer de colo uterino?

Os resultados apontam que as ações do enfermeiro da ESF ainda são incipientes, não havendo rastreamento do câncer de colo uterino na faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde. Nessa direção, a busca ativa das mulheres é realizada de forma aleatória e não sistematizada, pelo Agente Comunitário de Saúde, apesar de esta se constituir em um instrumento eficaz para o rastreamento do câncer cervicouterino.

Observaram-se também, que há repetições desnecessárias de exames de colpocitologia oncótica no município, isto é, algumas mulheres fazem o exame em demasia, enquanto outras não se beneficiaram do referido exame.

Evidenciou-se o despreparo dos profissionais de saúde, e, em particular, dos enfermeiros no que concerne a efetivação de ações de educação em saúde capazes de despertar a criticidade e a autonomia dos sujeitos. Tal fato pode ser atribuído a uma formação inadequada, pela ausência de experiências educativas problematizadoras e significativas, durante a sua formação. Há desse modo, uma tendência de reprodução de práticas educativas tradicionais, isto é, verticalizadas e, muitas vezes, descontextualizadas da realidade das mulheres, não favorecendo as ações emancipadoras, incapacitando os sujeitos para a autonomia e o protagonismo.

As práticas educativas tradicionais, por meio de palestras, orientações de prevenção e prescrição de comportamentos, contribuem para a manutenção do *status quo*, onde os sujeitos se tornam incapazes de refletir e agir de forma autônoma e consciente, apenas reproduzem, quando possível, os ensinamentos assimilados. Este tipo de educação não possibilita a transformação social nem a mudança, contribuindo para a perpetuação de sujeitos passivos e incapazes de refletir sobre os problemas reais e superá-los (MORIN, 2011).



Nessa linha de raciocínio, sugere-se que o desconhecimento das mulheres sobre o câncer do colo do útero é um fator que concorre, de forma significativa, para o aumento de casos do câncer cervicouterino.

Faz-se necessário que as ações do enfermeiro sejam mais resolutivas no que diz respeito à detecção precoce e rastreamento do câncer do colo do útero, uma vez que os elevados índices da doença demonstram a fragilidade da Atenção Básica e de suas ações frente a esse problema de saúde pública.

Por fim, os profissionais em foco e a gestão local necessitam atentar para a necessidade de implantação de ações educativas que tragam significado às ações de prevenção, por meio de um planejamento estratégico situacional e efetivo, com vistas à empoderar as mulheres do município de Assú, no intuito de que estas se tornem corresponsáveis pela sua saúde.

Tais achados sugerem a necessidade de reestruturação da Estratégia Saúde da Família e da prática dos enfermeiros de Assú em relação à saúde da mulher. Contudo, o estudo não finaliza as discussões entorno da temática, mas propõe o seguimento através de pesquisas futuras.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, Maria Marluce Araújo et al. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família no município da Região Nordeste da Bahia: encontros e desencontros. In: \_\_\_\_\_ **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. EDUFBA, 2010.

ANJOS, Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos. Et al. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. **Rev. Esc. Enfermagem**, v. 44, n. 4, p. 12-20, 2010.

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**[online]. 2011, vol.16, n.1, pp. 319-325. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BOA SORTE, Elionara Teixeira; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; FERREIRA, Sílvia Lúcia. Conhecimento de mulheres quilombolas sobre o câncer do colo uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n.1, p. 325-334, 2016.

BARBOSA, L. A; DANTAS, T. M; OLIVEIRA, C.C. Estratégia saúde da família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.24, n.4, p. 347-354, 2011. Disponível em:<[http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo8\\_2011.4.pdf](http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo8_2011.4.pdf)> Acesso em: 01 out 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: MS, 2006b.

\_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios, diretrizes**. Brasília: MS; 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: MS, 2010.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2014: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO)**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Brasília: MS; 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº466**, de 12 de dezembro de 2012. Trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 311/2007**. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 381/2011**. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3812011\\_7447.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3812011_7447.html)>. Acesso em: 12 de janeiro de 2015.

CARVALHO, Patrícia Maria Gomes de. **Práticas Educativas em Saúde: ações dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Piau, Teresina, 2009.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da. Educação Popular e saúde e a enfermagem na Atenção Básica. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Carmem Elizabeth; OLIVEIRA, Adriano; FERREIRA, Darlisom Sousa Ferreira (organizadores). Programa de Atualização em Enfermagem: **Atenção Primária e saúde da Família: Ciclo 2**. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana, 2012.

FRANCO, T.B & Magalhães Jr., H. **A Integralidade e as Linhas de Cuidado**; in Merhy, E.E. et al, O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. **Educação e Mudança**. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GASPERIN, Simone Iara; BOING, Antonio Fernando; KUPEK, Emil. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo útero em área urbana no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.7, p.1312-1322, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **Atenção Primária à Saúde: Seletiva ou coordenadora dos cuidados?**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GIOVANELLA, Lígia. **Atención Primaria de Salud em Suramérica**. Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Informativo detecção precoce**. ano 3, n. 3. Dezembro, 2012.

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e indicadores sociais**: Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2014 publicadas no Diário Oficial da União em 28/08/2014. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=240020&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 05 dez. 2014.

KUSCHNIR, Rosana; FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues. Delimitando o problema. In: \_\_\_\_ **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MELO, Maria Carmem Simões Cardoso de et al. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção básica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.3, p. 389-398, 2012.

MENDONÇA, Francisco Antonio da Cruz et al. Prevenção do câncer de colo uterino. Adesão de enfermeiros e usuárias da Atenção Primária. **Revista Rene**. N.2, p. 261-70, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**- 14 ed. São Paulo:Hucitec, 2014.

MELO Eduardo Alves; PEREIRA, Luciana Alves (org). **Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2 ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF:UNESCO, 2011.

PAIVA, Liedna Maria et al. Investigating precursor lesions of cancer of the uterine cervix in a town in Rio Grande do Norte. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online**, [S.l.], v. 5, n. 5, p. 131-141, nov. 2013. ISSN 2175-5361.

Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1645>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

PICCOLI, Jaqueline da Costa Escobar; CASARIN, Micheli Renata. Educação em saúde para prevenção do câncer do colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16 n.9, p. 3925 -3932, 2011.

REIS, Tatiana Carvalho et al. Educação em Saúde: aspectos históricos no Brasil. **J Health Sci Inst**,v.31, n. 2, p. 219-23, 2013.

SALIMENA, Anna Maria Oliveira et al. Mulheres portadoras de câncer de colo de útero: percepção da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. Cent.O. Min**, v.4 n. 1, p.909-920, 2014.

SAMPAIO, Ana Tania; BARRETO, Ivete Santos; KREMPEL, Marcia Cristina. O trabalho da enfermagem na atenção primária: desafios e perspectivas. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Kalinowski Carmen Elizabeth, organizadores.

**PROENF Programa de Atualização em Enfermagem:** atenção primária e saúde da família: ciclo 1. Porto Alegre: Artemed Panamericana; 2012. p. 49-76 (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.4).

SOUZA, Graciany Gomes. **A importância de ações educativas para prevenção do câncer de colo uterino no contexto da Estratégia Saúde da Família.** Minas Gerais 2011, 75 f. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais/MG, 2011.

SOUSA, Maria Fátima de. A reconstrução da saúde da Família no Brasil: Diversidade e incompletude. In: SOUSA, Maria de Fatima; FRANCO, Marcos da Silveira; MENDONÇA, Ana Valéria Machado (org.). **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro.** Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

SOARES, Marilu Correa; MEINCKE, Sonia Maria Konzgen. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil. **Revista Enfermagem**, n.1, p. 90-96, 2010.

SOARES, Maurícia Brochado Oliveira; SILVA, Sueli Rieul. Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncótica. Revisão integrativa. **Rev. Brasileira Enfermagem**, v.69, n.2, p.404-4014, 2016.

SOARES, Marilu Correa et al. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v.32, n. 3, p.502-508, 2011.

SILVA, Magna Maria Pereira da et al. ACCESS TO HEALTH SERVICES FOR THE CONTROL OF CANCER OF THE UTERINE CERVIX IN PRIMARY CARE. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental** online, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 273-282, jun. 2013. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2042>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

SILVA, Diego Salvador Muniz da et al. Rastreamento do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.4, p.1163-1170, 2014.

SILVA, Maria Regina Bernardo da; SILVA, Luiz Guilherme Pessoa da. O conhecimento, atitudes e prática na prevenção do câncer uterino de uma unidade da zona oeste do Rio de Janeiro. **Rev. Pesq.Cuid. Fundamental**, v.4, n.3, p.2483-92, 2012.

SILVA, Keila Brito et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero:avaliação do acesso. **Revista Saúde Pública**, v.48, n.4, p. 240-248, 2014.

SILVA, Patrícia Veronasi da; ARAÚJO, Alison; ARAÚJO, Maria Rizoneide Negreiros de. Análise da Cobertura do exame citopatológico do colo do útero no município de Doresópolis, MG. **Rev. Enf. Cen. O. Min**,V.1, n.2, p. 154-163, 2011.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2012.

VALE; Diana Brada Andrade Peixoto et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad.Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p.383-390, 2010.

VALENTE, Carolina Amâncio; ANDRADE, Viviane; SOARES, Marícia Brochado Oliveira; SILVA, Sueli Riulda. Atividades educativas no controle do câncer do útero: relato de experiência. **Revista Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**,v.5, n.3, p.1898-1904, 2013.

ZAPPONI, Ana Luiza; MELO, Enirtes Caetano Prates. Distribuição da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero segundo Regiões Brasileiras. **Revista Enfermagem**, n. 4, p. 628-31, 2010.

## **APÊNDICES**



## APÊNDICE A – ENTREVISTA INDIVIDUAL SEMIESTRUTURADA

Título da pesquisa: DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER CERVICOUTERINO: UMA AÇÃO REALIZADA PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ASSÚ/RN?

Orientadora: Maísa Paulino Rodrigues

Mestrando: Alexandre Bezerra Silva

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local da entrevista: \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

### 1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Idade: \_\_\_\_anos

1.2 Sexo: \_\_\_\_

1.3 Formação: ( ) Graduação ( ) Pós-graduação. Qual? \_\_\_\_\_

1.4 Anos de formação: \_\_\_\_\_

1.5 Há quantos anos você trabalha na ESF? \_\_\_\_\_

### 2 ENTREVISTA

1. Há alguma ação para captar as mulheres para a realização do exame de prevenção contra o câncer cervicouterino? Que ações são essas e quem realiza?
2. Há prioridade para alguma faixa etária específica para a realização do exame de prevenção contra o câncer cervicouterino? Qual?
3. Como é o atendimento para a faixa etária de 25 a 64 anos para a realização do exame de prevenção contra o câncer cervicouterino?
4. As mulheres procuram realizar exame de prevenção contra o câncer cervicouterino espontaneamente?
5. Com que frequência às mulheres realizam o exame contra o câncer cervicouterino?
6. Quais os motivos que levam as mulheres a realizarem o exame de prevenção contra o câncer cervicouterino?

## APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA



### CARTA DE ANUÊNCIA


Declaramos para os devidos fins que aceitamos o pesquisador Alexandre Bezerra Silva, enfermeiro, CPF: 035.973.834-67, para desenvolver a pesquisa intitulada “**Ações do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na detecção precoce e rastreamento do câncer cérvico-uterino**”, sob orientação da Profª, Drª Maisa Rodrigues Paulino.

Os dados serão colhidos pelo referido pesquisador, após agendamento prévio, com os enfermeiros nas equipes da Estratégia de Saúde da Família durante seu período de trabalho.

A pesquisa está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos das diretrizes regulamentadoras da resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Assú, 23 de novembro de 2015.

  
 Luciany Edja Guerra de Massena  
 Secretária de Saúde do Município de Assú - RN

Prefeitura Municipal de Assú

Luciany Edja Guerra de Massena  
 Secretária de Saúde

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF  
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste  
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC  
Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF

Centro de Ciências da Saúde - Secretaria do NESC  
Coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família  
Av.Sen. Salgado Filho, 3000- Lagoa Nova – Natal/RN – CEP: 59078 - 970  
Campus Universitário - Fone: (84) 3342-2275

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Aos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família do município de Assú/RN.

Este é um convite para você participar da pesquisa: **“Ações do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na detecção precoce e rastreamento do câncer cervicouterino”** no Município de Assú – RN, sob a responsabilidade do pesquisador Alexandre Bezerra Silva, aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Família, e orientado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maísa Paulino Rodrigues. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Essa pesquisa tem como objetivo principal: Analisar as ações do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família voltada à detecção precoce e rastreamento do câncer cervicouterino na ESF do município de Assú, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) um papel importante para que essas ações sejam realizadas. Serão realizadas algumas perguntas ao (a) senhor (a) para que possamos identificar as ações do enfermeiro voltadas para a detecção precoce do câncer do colo do útero.

Caso decida aceitar o convite, o (a) senhor (a) será submetido a uma entrevista individual com o uso de um gravador. A entrevista será transcrita e será mostrada ao (a) senhor (a) e, após a sua concordância quanto ao conteúdo, é que a utilizaremos no estudo.

Os riscos envolvidos na pesquisa serão mínimos onde o (a) senhor (a) responderá a alguns questionamentos, não sendo identificado ou penalizado por

nenhuma questão respondida. Caso ocorra algo indesejado, o (a) senhor (a) poderá desistir a qualquer momento, retirando o consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Não haverá nenhuma despesa financeira com sua participação, uma vez que as informações serão coletadas no seu próprio local de trabalho.

Sua participação deve ser voluntária. O (a) senhor (a) não será pago por consentir participar dessa pesquisa, porém você poderá ser ressarcido, isto é, reembolsado, se gastar alguma coisa comprovadamente referente à pesquisa. O (a) senhor (a) também poderá ser indenizado se algum dano acontecer com você e se for comprovado que esse dano foi decorrente da pesquisa.

Quanto aos benefícios, o (a) senhor (a) irá contribuir para a melhoria da assistência oferecida as mulheres-alvo para a realização do exame contra o câncer do colo do útero, além de contribuir para formulação de ações ou políticas públicas que venham favorecer a prevenção e detecção precoce do câncer cervicouterino e minimização de agravos à saúde das mulheres acometidas por neoplasia do câncer do colo do útero. Além disso, o (a) senhor (a) poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem que nenhum prejuízo possa afetar você. Todas as informações obtidas são confidenciais, utilizando todos os princípios que regem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012.

O (a) senhor (a) ficará com uma cópia deste Termo, elaborado em duas laudas, e se você tiver alguma dúvida em qualquer momento dessa pesquisa, terá o acompanhamento e assistência do pesquisador Alexandre Bezerra Silva, aluno do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, e da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maísa Paulino Rodrigues, orientadora do mesmo, por meio do telefone (84) 3342-2275. A autorização para o desenvolvimento de todos os passos, anteriormente apresentados, serão considerados a partir da assinatura do impresso de consentimento.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), 3º subsolo, localizado à Avenida Nilo Peçanha, 620 - Petrópolis - Natal/RN - 59.012-300, Brasil, e-mail: cep\_huol@yahoo.com.br, localizado Telefone/Fax (84) 3342-5003.

## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que estou suficientemente esclarecido e compreendi os objetivos desta pesquisa como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e que consinto de forma voluntária a fazer parte da mesma, onde concordo em autorizar minha participação, contribuindo com o estudo: “Ações do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na detecção precoce e rastreamento do câncer cervicouterino”.

---

Assinatura do Participante

---

Alexandre Bezerra Silva  
Pesquisador Responsável

Campus Universitário Br 101, Lagoa Nova – Natal/RN – CEP: 59072-970, Fone/fax: 3342-2275.

Assú, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

# **ANEXOS**

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AÇÕES DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA DETECÇÃO PRECOCE E RASTREAMENTO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO.

**Pesquisador:** ALEXANDRE BEZERRA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 53753215.5.0000.5292

**Instituição Proponente:** Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.562.578

#### Apresentação do Projeto:

No Brasil, estima-se que o câncer de colo uterino seja o terceiro tipo de neoplasia maligna mais comum entre as mulheres, sendo superado apenas pelo câncer de pele e pelo câncer de mama. Nesse sentido, este estudo tem por objetivo avaliar as ações do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família voltada à detecção precoce e rastreamento do câncer cérvico-uterino na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Assú. Trata-se de um estudo do tipo exploratório de natureza qualitativa por trabalhar com a dimensão subjetiva e simbólica das interações sociais na constituição das redes de sociabilidade, com foco no processo da vida cotidiana dos sujeitos. O estudo torna-se relevante pelo fato de desvelar a prática do enfermeiro e trazer elementos que possam contribuir para a detecção precoce do câncer cérvico-uterino e

**Endereço:** Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
**Bairro:** Petrópolis **CEP:** 59.012-300  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep\_huol@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 1.562.578

quijá reorientar as práticas de saúde do enfermeiro dentro da ESF do município de Assu. A Atenção Primária à Saúde (APS) contempla um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder as necessidades individuais e coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de atenção básica à saúde. Nos dias atuais, a atenção primária à saúde é considerada, internacionalmente, a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham como centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012). No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se constitui com um instrumento eficaz para organizar a atenção básica à saúde, pautada nos princípios do SUS, por meio do trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar e integral (BRASIL, 2006a). Nesse sentido, a ESF propõe a incorporação de novas práticas de saúde com possibilidades de promover saúde e prevenir doenças e trabalha com população adscrita, grupos populacionais bem definidos, abrindo possibilidades de ser o local ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo biomédico (ASSIS, 2010). Dentre as várias ações realizadas pelas equipes de saúde da família destacam-se aquelas relacionadas à atenção integral a saúde da mulher, em especial, às de controle do câncer de colo uterino, que se revestem de fundamental importância no campo da saúde pública.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Avaliar as ações do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família voltada à detecção precoce e rastreamento do câncer cérvico-uterino na ESF do município de Assú.

**Objetivo Secundário:** Identificar se há busca ativa, pelo enfermeiro, de mulheres na faixa etária de

**Endereço:** Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
**Bairro:** Petrópolis **CEP:** 59.012-300  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep\_huol@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 1.562.578

maior

risco para câncer cérvico-uterino nas equipes da Estratégia de Saúde da Família; Averiguar se são realizadas ações de educação em saúde direcionadas a prevenção do câncer cérvico-uterino nas equipes da Estratégia de Saúde da Família.

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

**Riscos:** Os riscos envolvidos na pesquisa serão mínimos onde os entrevistados responderá a alguns questionamentos, não sendo identificado ou penalizado por nenhuma questão respondida. Caso ocorra algo indesejado, os (as) entrevistados poderá desistir a qualquer momento, retirando o consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Não haverá nenhuma despesa financeira com a participação dos entrevistados, uma vez que as informações serão coletadas no seu próprio local de trabalho.

**Benefícios:** Quanto aos benefícios, os entrevistados participantes da pesquisa irá contribuir para a melhoria da assistência oferecida as mulheres-alvo para a realização do exame contra o câncer do colo do útero, além de contribuir para formulação de ações ou políticas públicas que venham favorecer a prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino e minimização de agravos à saúde das mulheres acometidas por neoplasia do câncer do colo do útero. Além disso, o entrevistado poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem que nenhum prejuízo possa afetar você. Todas as informações obtidas são confidenciais, utilizando todos os princípios que regem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.466/2012.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está bem elaborada e fundamentada, apresentando coerência metodológica e pressupostos teóricos que justificam sua viabilidade. Foi anexada uma carta de declaração de não

**Endereço:** Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
**Bairro:** Petrópolis **CEP:** 59.012-300  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep\_huol@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 1.562.578

início da pesquisa e a data da coleta foi prevista para junho em resposta da pendência anterior.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com as orientações para submissão de projetos de pesquisa envolvendo seres humanos ao CEP/HUOL

**Recomendações:**

Nada a declarar

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Relator de parecer favorável a aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_633083.pdf	07/04/2016 21:44:51		Aceito
Outros	Doc8.pdf	07/04/2016 21:39:41	ALEXANDRE BEZERRA SILVA	Aceito
Outros	Carta.pdf	07/04/2016 21:30:45	ALEXANDRE BEZERRA SILVA	Aceito

**Endereço:** Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
**Bairro:** Petrópolis **CEP:** 59.012-300  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep\_huol@yahoo.com.br

Continuação do Parecer: 1.562.578

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	06/04/2016 21:59:24	ALEXANDRE BEZERRA SILVA	Aceito
Outros	DOC7.pdf	01/12/2015 17:32:51	ALEXANDRE BEZERRA SILVA	Aceito
Outros	doc6.pdf	26/11/2015 15:50:19	ALEXANDRE BEZERRA SILVA	Aceito
Outros	doc5.pdf	26/11/2015 15:48:44	ALEXANDRE BEZERRA SILVA	Aceito
Outros	DOC4.pdf	26/11/2015 15:42:47	ALEXANDRE BEZERRA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	d2.pdf	26/11/2015 15:29:43	ALEXANDRE BEZERRA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	doc1.pdf	26/11/2015 15:16:33	ALEXANDRE BEZERRA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

NATAL, 27 de Maio de 2016

---

**Assinado por:**  
**HELIO ROBERTO HEKIS**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
**Bairro:** Petrópolis **CEP:** 59.012-300  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep\_huol@yahoo.com.br