

JANARA CAROLINE RIBEIRO

**VIGILÂNCIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: ações de enfermeiras em um Distrito Sanitário**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Selma Regina de Andrade.

FLORIANÓPOLIS

2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ribeiro, Janara Caroline

Vigilância do câncer do colo do útero na Atenção Primária à Saúde : ações de enfermeiras em um Distrito Sanitário / Janara Caroline Ribeiro ; orientadora, Dra. Selma Regina de - Florianópolis, SC, 2014.

166 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Vigilância à Saúde. 4. Câncer do Colo do Útero. 5. Enfermagem. I. , Dra. Selma Regina de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Janara Caroline Ribeiro

VIGILÂNCIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: AÇÕES DE ENFERMEIRAS EM UM-DISTRITO SANITÁRIO.

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para
obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada sua versão final em 09 de dezembro de 2014, atendendo às normas da
legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-
graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e
Enfermagem.



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa



Dra. Selma Regina de Andrade
Presidente



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro



Dra. Maria de Fátima Mota Zampieri
Membro



Dra. Ivonete Teresinha Schuler Buss Heideman
Membro

AGRADECIMENTOS

Grande é a gratidão que sinto, ao findar mais uma etapa de minha formação acadêmica e profissional!

Inicialmente agradeço a **Deus**, que me confere energia, saúde, paciência, sabedoria e alegria para a vida!

A minha querida mãe, **Diva da Silva Ribeiro**, pelas orações que emanaram boas energias durante toda a vida e, principalmente, nesta caminhada de riscos, durante as idas e vindas entre Blumenau e Florianópolis para as atividades do Mestrado.

Ao meu esposo, **Márcio Fernandes Marques**, pelo amor e companheirismo de sempre, mesmo distante fisicamente. Agradeço sua paciência e compreensão dos momentos de ausência, apoio sem o qual eu não teria conseguido me manter distante do lar. Agradeço por tudo que reorganizou e abdicou em sua vida para que minha formação acadêmica fosse adiante, após a graduação. Amo-te e agradeço imensamente!

Agradeço à **Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann** pela gentil acolhida ao Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Administração e Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Seu otimismo e incentivo fazem-nos crer que tudo nesta vida é possível!

A minha orientadora, **Profa. Dra. Selma Regina de Andrade**, pela confiança, apoio e direções necessárias. Obrigada por apresentar-me ao tema deste estudo e pelas oportunidades em aprofundar-me em conteúdos e práticas que foram elementos-chave para a concretização da pesquisa. Agradeço ainda por todo o apoio dispensado durante o período de realização do Curso de Mestrado, que muito contribuiu para minha estadia em Florianópolis.

À **Banca Examinadora** por aceitar o convite para a sustentação de minha Dissertação e, sobretudo, pelas valiosas contribuições no aprimoramento do trabalho.

À **Dda. Aline Lima Pestana** pelas contribuições ao estudo, durante sua participação na Banca de Qualificação do Projeto de Dissertação.

Aos meus **irmãos/irmã e amig@s** que, distante ou perto, sempre torceram pela minha felicidade e conquistas diárias. Certamente, vocês contribuíram

para tornar essa etapa mais doce, alegre e tranquila de viver. Agradeço pelas acolhidas, pelas visitas, pelas mensagens de apoio e, sobretudo, pelo carinho e amor que me dedicam. Vocês são muito especiais para mim e foram fundamentais nesta jornada!

Aos colegas do GEPADES por todo o apoio e incentivo, em especial às amigas **Andriela Backes Ruoff, Talita Piccoli e Monique Haenske Senna** pela convivência e companheirismo no dia a dia de trabalho e pela amizade carinhosa que tornou esta caminhada mais prazerosa.

Às colegas da turma de Mestrado Acadêmico 2013, em especial à **Sônia Reis Cassetari, Fabiane dos Santos e Cintia Koerich** pela parceria e apoio nas atividades, e pela amizade que será cultivada para sempre, com muito carinho!

Ao **Grupo Pet-Indicadores**, do PET-Vigilância UFSC 2013, pelas parcerias e apoio durante a realização da pesquisa.

Aos **funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**, em especial àqueles do serviço de Vigilância Epidemiológica pela acolhida durante o estágio voluntário e disponibilidade em colaborar na liberação de dados e na realização da pesquisa.

Às **participantes do estudo**, agradeço pela atenção e disponibilidade que tornaram possível esta pesquisa.

E à **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)**, pela concessão de bolsa para cursar o Mestrado.

RIBEIRO, Janara Caroline. **Vigilância do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde:** ações de enfermeiras em um distrito sanitário. 2014. 166p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2014.

Orientadora: Professora Dra. Selma Regina de Andrade.

RESUMO

Vigilância à Saúde (VS) consiste em uma maneira de pensar e agir sobre determinantes da saúde que requerem acompanhamento contínuo, a fim de promover a saúde e prevenir doenças. As doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) são, atualmente, as que mais acometem e matam a população, sendo as neoplasias a segunda causa de morte em todo o mundo. Entre as neoplasias, o câncer do colo do útero (CCU) configura-se como um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, atingindo e matando milhares de mulheres todos os anos. No nível local, a vigilância de DANTs efetiva-se através da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) a forma pela qual a VS busca garantir a integralidade da atenção, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. A vigilância do CCU, na APS, envolve ações de prevenção primária e secundária, sendo o rastreamento e a detecção precoce através do exame citopatológico (ECp) a principal estratégia adotada no Sistema Único de Saúde (SUS). As estratégias de prevenção da doença fundamentam-se em diretrizes científicas, as quais visam garantir a qualidade das ações e a cobertura da população feminina com o ECp, a fim de reduzir as taxas de incidência e mortalidade por CCU. Assim, considerando que as ações desenvolvidas na APS estão diretamente relacionadas com a qualidade da prevenção do CCU, este estudo objetivou evidenciar como as ações de vigilância desenvolvidas pelas enfermeiras na APS contribuem para o aumento da cobertura de ECp. Para tanto, adotou-se o estudo de caso múltiplo, qualitativo, como método de pesquisa. Compuseram este estudo quatro Casos, representados pelos Centros de Saúde (CS) do Distrito Sanitário (DS) com maior cobertura de ECp em 2013. Cinco enfermeiras desses CSs participaram como Unidades de Análise (UA), após corresponder ao critério de inclusão no estudo e consentirem sua participação através de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), iniciou-se a coleta de dados em março de 2014. Utilizou-se levantamento em sistemas de informação em saúde (SIS), observação direta das participantes e entrevistas semiestruturadas como técnicas de coleta dos dados. A organização dos dados foi realizada através de planilhas do

Microsoft Excel® 2013 e do software NVivo® 10. A análise foi realizada através da síntese cruzada dos Casos, que deu origem aos resultados da pesquisa. Os Casos apresentaram-se homogêneos e foram identificadas nove ações de vigilância desenvolvidas pelas enfermeiras da APS na prevenção e controle do CCU. As estratégias utilizadas para implementar essas ações contaram com a colaboração da equipe de Saúde da Família (eSF), em especial do Agente Comunitário de Saúde (ACS), para a divulgação de ações e captação de mulheres para o ECp; consideraram a orientação de mulheres como parte necessária para o alcance de bons resultados na prevenção do CCU, promovendo a adoção de comportamentos saudáveis e a participação no rastreio periódico; e o desenvolvimento do rastreamento pelo ECp como ação prioritária para a prevenção do CCU. Essas estratégias sofrem interferência de fatores que tanto contribuem quanto dificultam o alcance de taxas satisfatórias da cobertura de ECp. Entre os fatores que mais contribuíram destacou-se o controle do último ECp pelas enfermeiras, pois isso favorece a captação de mulheres faltosas para o exame, aumentando sua participação e, conseqüentemente, a cobertura de ECp. Entre os fatores que dificultaram o alcance da cobertura, encontrou-se a recomendação para a realização anual do ECp. Essa periodicidade tende a rastrear as mesmas mulheres anualmente, superestimando a cobertura de ECp. As estratégias implementadas pelas enfermeiras possibilitam o aumento da cobertura do exame citopatológico, envolvendo a colaboração da equipe e das mulheres no rastreamento do CCU. Entretanto, é necessário atentar-se para as recomendações que são dadas às mulheres no sentido de contribuir para a realização eficaz do exame citopatológico e análise real da cobertura, além de garantir a qualidade de ações que efetivamente contribuam na redução da mortalidade por CCU.

Palavras-chave: Vigilância à Saúde. Câncer do Colo do Útero. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

RIBEIRO, Janara Caroline. Surveillance of cervical cancer in primary health care: nurses actions in a health district. 2014. 166p. Dissertation (Master of Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Brazil, 2014.

Supervisor: Professor Dr. Selma Regina de Andrade

ABSTRACT

Health Surveillance (VS) consists of a way of thinking and acting on health determinants that require continuous attention in order to promote health and prevent disease. Diseases and non-communicable diseases (DANTs) are currently the most affecting and kill the population and are the cancer the second leading cause of death worldwide. Among the neoplasms, cervical cancer (CC) is configured as a public health problem in developing countries, targeting and killing thousands of women every year. At the local level, DANTs of effective surveillance is through the Primary Health Care (PHC), the Health Strategy and the Family (ESF) the way in which the VS seeks to ensure comprehensive care, linking promotion, prevention, treatment and rehabilitation. Monitoring the CCU, PHC, involves actions of primary and secondary prevention, and screening and early detection through Pap smear (ECP) the main strategy adopted the Unified Health System (SUS). The disease prevention strategies are based on scientific guidelines, which aim to ensure the quality of actions and the coverage of the female population with the ECP in order to reduce the incidence and mortality from cervical cancer. Thus, considering that the actions developed in APS are directly related to the quality of the prevention of cervical cancer, this study aimed to evidence how the surveillance activities performed by nurses in PHC contribute to increased ECP coverage. Therefore, we adopted the study of multiple case, qualitative, as a research method. Composed this study four cases, represented by the Health Centers (CS) of the Sanitary District (DS) more ECP coverage in 2013. Five of these CSs nurses participated as Analysis Units (AU) after match the inclusion criterion for the study and consented their participation by signing the free and informed consent. After approval by the Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina (UFSC), began data collection in March 2014. We used survey on health information systems (SIS), direct observation of participants and semi-structured interviews as data collection techniques. The organization of the data was performed using spreadsheets of Microsoft Excel® 2013 and the software NVivo® 10. The analysis was performed by cross synthesis of cases, which led to the search results. The cases were homogenous and nine surveillance actions have been identified performed by nurses of APS in the prevention and control of cervical cancer. The strategies used to implement

these actions had the collaboration of the Family Health Team (eSF), in particular the Community Health Agent (CHA) for the dissemination of actions and attracting women to ECP; considered the guidance of women as part necessary for achieving good results in the prevention of cervical cancer by promoting the adoption of healthy behaviors and participation in periodic screening; and the development of screening by the ECP as a priority action for the prevention of cervical cancer. These strategies suffer interference factors that contribute so much as hinder the achievement of satisfactory rates of ECP coverage. Among the factors that contributed most stood out the control of the last ECP nurses, as this favors the capture of defaulting women for the exam, increasing its market share and, consequently, the ECP coverage. Among the factors that hindered the scope of coverage, met the recommendation for the annual ECP. This periodicity tends to track the same women annually, overestimating the ECP coverage. The strategies implemented by nurses enable increased coverage of cervical cancer screening, involving the collaboration of the staff and women in the screening of cervical cancer. However, one must pay attention to the recommendations that are given to women to contribute to the effective performance of such tests and real analysis of the coverage, and ensure the quality of actions that effectively contribute in reducing mortality from cervical cancer.

Key-words: Surveillance of Health. Cervical Cancer. Primary Health Care. Nursing.

RIBEIRO, Janara Caroline. Vigilancia del cáncer de cuello de útero en la atención primaria de salud: enfermeras acciones en un área sanitaria. 2014. 166p. Tesis (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil, 2014.

Orientador: Prof. Dr. Selma Regina de Andrade

RESUMEN

Vigilancia Sanitaria (VS) consiste en una forma de pensar y de actuar sobre los determinantes de salud que requieren atención continua a fin de promover la salud y prevenir enfermedades. Las enfermedades y las enfermedades no transmisibles (Dants) son actualmente los que más afectan y matan a la población y son el cáncer de la segunda causa de muerte en el mundo. Entre los tumores, el cáncer cervical (CC) se configura como un problema de salud pública en los países en desarrollo, la focalización y la muerte de miles de mujeres cada año. A nivel local, Dants de vigilancia eficaz es a través de la Atención Primaria de Salud (APS), la Estrategia de Salud y de la Familia (ESF) la forma en que el VS busca garantizar la atención integral, vinculando la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Seguimiento de la CCU, la APS, implica acciones de prevención primaria y secundaria, y la detección y la detección temprana a través de la prueba de Papanicolaou la principal estrategia adoptó el Sistema Único de Salud (SUS). Las estrategias de prevención de la enfermedad se basa en directrices científicas, cuyo objetivo es garantizar la calidad de las acciones y la cobertura de la población femenina con la ECP con el fin de reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Por lo tanto, teniendo en cuenta que las acciones desarrolladas en APS están directamente relacionados con la calidad de la prevención del cáncer de cuello de útero, este estudio tuvo como objetivo evidencia cómo las actividades de vigilancia realizadas por las enfermeras en la APS contribuyen a aumentar la cobertura de ECP. Por lo tanto, adoptamos el estudio de caso múltiple, cualitativa, como método de investigación. Compuesta este estudio cuatro casos, representados por los Centros de Salud (CS) del Distrito Sanitario (DS) más cobertura ECP en 2013. Cinco de estas enfermeras CSs participado como Unidades de Análisis (UA) después de que coincida con el criterio de inclusión para el estudio y consentido su participación mediante la firma del consentimiento libre e informado. Después de la aprobación por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), comenzó recopilación de datos en marzo de 2014. Se utilizó la encuesta sobre los sistemas de información de salud (SIS), la observación directa de los participantes y entrevistas como técnicas de recolección de datos semi-estructurados. La organización de los datos se realizó a través de hojas de cálculo de Microsoft

Excel® 2013 y el software NVivo® 10. El análisis se realizó mediante síntesis cruzada de los casos, lo que llevó a los resultados de búsqueda. Los casos fueron homogéneos y nueve acciones de vigilancia se han identificado realizada por enfermeras de APS en la prevención y control del cáncer cervicouterino. Las estrategias utilizadas para poner en práctica estas acciones contaron con la colaboración del Equipo de Salud de la Familia (ESF), en particular el Agente Comunitario de Salud para la difusión de las acciones y atraer a las mujeres a ECP; considerado la orientación de las mujeres como parte necesaria para lograr buenos resultados en la prevención de cáncer de cuello uterino mediante la promoción de la adopción de conductas y la participación en el cribado periódico saludables; y el desarrollo de la revisión por el ECP como acción prioritaria para la prevención de cáncer de cuello uterino. Estas estrategias sufren factores de interferencia que contribuyen tanto como obstaculizar el logro de tasas satisfactorias de cobertura de ECP. Entre los factores que contribuyeron más se destacaron el control de los últimos enfermeras ECP, ya que esto favorece la captura de impago mujeres para el examen, el aumento de su cuota de mercado y, en consecuencia, la cobertura de ECP. Entre los factores que obstaculizan el alcance de la cobertura, se reunió con la recomendación de la ECP anual. Esta periodicidad tiende a realizar un seguimiento de las mismas mujeres al año, sobreestimar la cobertura de ECP. Las estrategias implementadas por las enfermeras permiten una mayor cobertura de detección de cáncer cervical, involucra la colaboración del personal y de las mujeres en el cribado de cáncer de cuello uterino. Sin embargo, hay que prestar atención a las recomendaciones que se dan a las mujeres para contribuir al cumplimiento efectivo de dichas pruebas y análisis real de la cobertura y garantizar la calidad de las acciones que contribuyan de manera efectiva en la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino.

Palabras-clave: Vigilancia de la Salud. El cáncer de cuello uterino. Atención Primaria de Salud. Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Articulação da Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis à Promoção da Saúde	44
Figura 2- Fórmula para cálculo anual do indicador de cobertura de exame citopatológico do colo do útero	56
Figura 3 - Território do Distrito Sanitário Norte dividido em áreas dos Centros de Saúde	85
Figura 4 - Fluxograma para replicação de casos múltiplos.....	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Ações dos componentes constituintes da Vigilância à Saúde.....	32
Quadro 2 - Força de recomendação das práticas de rastreamento do cancer do colo do útero.....	52
Quadro 3 - Força das recomendações para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil.....	53
Quadro 4 - Ações de vigilância à saúde que contribuem para o aumento da cobertura do exame citopatológico por prática de controle do câncer de colo de útero.....	65
Quadro 5 - Ações e estratégias de prevenção do câncer de colo do útero do Caso A	95
Quadro 6 - Fatores que influenciam a cobertura de exame citopatológico no Caso A.....	96
Quadro 7 - Ações e estratégias de prevenção do câncer de colo do útero do Caso B.....	98
Quadro 8 - Fatores que influenciam a cobertura de exame citopatológico no Caso B.....	98
Quadro 9 - Ações e estratégias de prevenção do câncer de colo do útero do Caso C.....	100
Quadro 10 - Fatores que influenciam a cobertura de exame citopatológico no Caso C.....	101
Quadro 11 - Ações e estratégias de prevenção do câncer de colo do útero desenvolvidas pela UA 1 do Caso D.....	103
Quadro 12 - Fatores que influenciam a cobertura de exame citopatológico, segundo a UA 1 do Caso D.....	104
Quadro 13 - Ações e estratégias de prevenção do câncer de colo do útero desenvolvidas pela UA 2 do Caso D.....	106
Quadro 14 - Fatores que influenciam a cobertura de exame citopatológico segundo a UA 2 do Caso D.....	107
Quadro 15 - Ações e estratégias de prevenção do câncer de colo do útero do Caso D.....	108
Quadro 16 - Fatores que influenciam a cobertura de exame citopatológico no Caso D.....	109
Quadro 17 - Representação dos Casos deste estudo e de suas Unidades de Análise.....	115
Quadro 18 - Relação das ações de vigilância desenvolvidas pelos Casos deste estudo.....	118
Quadro 19 - Estratégias de implementação das ações desenvolvidas pelos Casos deste estudo.....	119

Quadro 20 - Fatores que influenciam a cobertura de exame citopatológico nos Casos deste estudo.....121

LISTA DE GRÁFICO E TABELAS

Gráfico 1 - Ações de vigilância à saúde que contribuem para o aumento da cobertura do exame citopatológico.....	64
Tabela 1 - Razão de exames citopatológico nos cinco Distritos Sanitários de Florianópolis em 2013.....	84
Tabela 2 - Número de exames realizados na população alvo, um terço das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e cobertura de exame citopatológico por Centro de Saúde do Distrito Sanitário Norte em 2013.....	86
Tabela 3 - Caracterização dos casos segundo o número de equipes de Saúde da Família, população residente, população feminina, população feminina de 25 a 64 anos de idade e cobertura de exame citopatológico apresentada em 2013.....	116
Tabela 4 - Caracterização das Unidades de Análise, segundo a idade, tempo de formação, tempo de atuação no Centro de Saúde e curso de especialização.....	117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

VS	Vigilância à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
MS	Ministério da Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
CCU	Câncer do Colo do Útero
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
DBRCCU	Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
RNC	Registro Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HPV	<i>Human Papilom Virus</i>
VE	Vigilância Epidemiológica
SMSF/SC	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/Santa Catarina
PET-SAÚDE/VS	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
DANTS	Doenças e Agravos Não-Transmissíveis
DS	Distrito Sanitário
CS	Centro de Saúde
GEPADES	Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde
VLS	Vigilância Local em Saúde
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia

SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
VISA	Vigilância Sanitária
VSS	Vigilância da Situação de Saúde
VST	Vigilância da Saúde do Trabalhador
VA	Vigilância Ambiental
OS	Promoção da Saúde
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
SCTIE/MS	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ACS	Agente Comunitário de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
PNPCC	Política Nacional de Controle do Câncer
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
ICESCC	<i>International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer</i>
PNCCCU	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero
ECp	Exame Citopatológico
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Colo do Útero
SISCAM	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios

IBGE	Instituto Nacional de Geografia e Estatística
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature</i>
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Análise
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNS	Conselho Nacional de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
DIVE/SC	Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
2.2 VIGILÂNCIA LOCAL À SAÚDE.....	30
2.2.1 Ações locais de vigilância e atribuições do enfermeiro de Saúde da Família	35
2.3 VIGILÂNCIA À SAÚDE DA MULHER	40
2.3.1 Vigilância e prevenção das Doenças e Agravos Não Transmissíveis	43
2.3.2 Prevenção e controle do câncer do colo do útero	48
2.3.3 Cobertura de exame citopatológico do colo do útero	54
3 REVISÃO DA LITERATURA	59
3.2 ARTIGO 1: AÇÕES DE VIGILÂNCIA À SAÚDE E A COBERTURA DE EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	59
4 PERCURSO METODOLÓGICO	80
4.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO	80
4.3 DESENHO DO ESTUDO	81
4.4 CONTEXTO E CASOS DO ESTUDO	83
4.5 INSERÇÃO EM CAMPO E SELEÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE	87
4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA E REGISTRO DOS DADOS.....	88
4.7 PROCEDIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	90
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	93
5 RESULTADOS	94
5.1 RELATÓRIO INDIVIDUAL DOS CASOS.....	94
5.2 ARTIGO 2: VIGILÂNCIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: AÇÕES DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	111
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS.....	145
APÊNDICES	155
APÊNDICE A – PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO	156
APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.....	157
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	158
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	159
ANEXO.....	161
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	162

1 INTRODUÇÃO

A Vigilância à Saúde (VS) é entendida como a articulação de ações que buscam controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população que vive em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado. Dentre as ações inseridas no escopo da VS, no Sistema Único de Saúde (SUS), incluem-se a promoção da saúde e a prevenção de problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos dos profissionais de saúde. No Brasil, a combinação da promoção e prevenção à saúde constituiu-se a base das políticas de saúde, a exemplo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2011a).

As primeiras ações de vigilância à saúde da mulher realizadas no Brasil datam de 1972, quando o Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), implementou o Programa Nacional de Controle do Câncer, o qual visava combater neoplasias gerais, mas que concentrou ações no controle do câncer de colo de útero (CCU) (INCA, 2011). Uma década depois, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) definiu bases programáticas para a prevenção dos cânceres do colo do útero e de mama. De lá para cá, a morbimortalidade por essas doenças só aumentou, fato que levou o MS a instituir órgãos específicos para o estudo e controle de tais problemas. Em 1998, foi criado o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero que reestruturou os serviços de forma a permitir o rastreamento do câncer, através da realização de exame citopatológico (ECp) em mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos (INCA, 2014a).

Em 2005, com a criação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a cobertura populacional com ECp passou a integrar o rol das diretrizes básicas para o controle do CCU, vindo integrar o Pacto pela Saúde em 2006 (INCA, 2014a). Passou-se, neste momento, a exigir de gestores estaduais e municipais de saúde a corresponsabilização pelas ações de promoção e controle do CCU, através da pactuação de metas e objetivos específicos. No entanto, apesar dos avanços com relação à eficácia da estratégia de rastreamento do CCU e na detecção precoce da doença, a incidência e os casos de mortalidade por câncer, na população feminina, mantiveram-se persistentes (INCA, 2014a).

Desta forma, em 2011, as ações estratégicas para o controle do CCU foram intensificadas e reestruturadas por meio de critérios que deram origem às Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do CCU (DBRCCU/INCA); do estabelecimento de ações e metas relacionadas ao indicador de cobertura do ECp, dispostos na Relação Nacional de Ações e Serviços (RENASES) e no Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (Coap), instituídos com a regulamentação do SUS, através do Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011b; 2012a).

As DBRCCU/INCA (2011), descritas através de estudo sistemático das práticas mais confiáveis para a redução da incidência do CCU, estabelecem o grau de certeza e a força das recomendações para a estratégia de rastreio no Brasil. Essa estratégia compreende três etapas: rastreamento; detecção precoce de lesões precursoras; e tratamento de casos confirmados. As recomendações para rastreamento e detecção precoce tratam do método, da população-alvo, da periodicidade de rastreio e da cobertura populacional ideal.

O método recomendado para rastreamento do CCU é o ECp do colo do útero, também chamado de exame de Papanicolau e popularmente conhecido como exame Preventivo, o qual consiste na principal estratégia de rastreamento conhecida e utilizada no mundo (INCA, 2011; 2014b). A amostra do exame é constituída por células externas e internas do colo uterino (ectocérvice e endocérvice) e visa identificar alterações cito e histológicas do epitélio escamoso ou glandular, respectivamente (BRASIL, 2013a).

Para a realização do exame, as DBRCCU/INCA (2011) preconizam periodicidade trienal, após dois exames anuais sem alteração. Essa recomendação baseia-se na análise do impacto dos rastreios anual e trienal, que apontam eficácia semelhante na redução da incidência e mortalidade do CCU. A coleta deve ser realizada fora do período menstrual e após 48 horas da realização de exames intravaginais e/ou da utilização de géis lubrificantes ou espermicidas (BRASIL, 2013a).

A população-alvo dessa estratégia inclui mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, que já iniciaram a vida sexual. Essa recomendação se justifica pela característica de incidência da doença, que se dá a partir dos 30 anos, aumentando seu risco conforme aumenta a idade e atingido um pico entre 50 e 60 anos.

Apesar de não incluir, na população-alvo, mulheres com menos de 25 anos, as DBRCCU/INCA apresentam algumas recomendações sobre como conduzir o rastreamento em mulheres até 20 anos, quando for identificado riscos para a doença. Recomendam que essa faixa etária não deve ser prioridade da estratégia de rastreamento, pois não impacta na incidência e mortalidade por CCU, visto que apenas 1% dos casos de câncer diagnosticados entre 2000 e 2009, segundo o Registro Nacional do Câncer (RNC), foi em mulheres com menos de 25 anos (BRASIL, 2013a).

A cobertura do ECp é determinada pela razão de ECp do colo do útero realizados em mulheres de 25 a 64 anos em determinado local e período. Esse indicador constitui o rol de indicadores universais¹ pactuados no Coap, para o período de 2013 a 2015. O objetivo desse indicador é promover atenção integral à saúde da mulher, fortalecendo e integrando ações de prevenção e detecção precoce do CCU. Sua meta consiste em ampliar a cobertura de mulheres com exames, de forma a atingir, pelo menos, 30% da população alvo todo ano (BRASIL, 2013b).

As DBRCCU/INCA (2011) recomendam uma cobertura de, no mínimo, percentis acima de 50% da população-alvo, indicando que coberturas acima de 80% seriam ideais para o combate da doença. Estudos realizados por Anttila, et al. (2011) e Arbyin, et al. (2009) apontam que, em países com cobertura superior a 50% a mortalidade é de 3 por 100 mil mulheres ao ano. Já em países com cobertura acima de 70% essa taxa cai para 1-2 mortes por ano, para cada 100 mil mulheres. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a cobertura de 80% da população-alvo (INCA, 2011).

A vigilância deste indicador, segundo o MS, deve contribuir para avaliar a adequação do acesso da população alvo ao ECp, bem como permitir analisar desigualdades geográficas e temporais desse acesso, promovendo ações específicas para adequação de oferta do serviço e o planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde voltadas à mulher (BRASIL, 2013b). Entretanto, no cenário brasileiro, percebem-se distorções às recomendações preconizadas, a partir da inclusão de mulheres com menos de 25 anos na estratégia de rastreamento, bem como da realização anual do ECp para todos os casos, ou ainda, para a falta de captação das mulheres em atraso com o exame (BRASIL, 2013a). Esses problemas são identificados também no cenário internacional, indicando que nem profissionais, nem a população

¹ Indicador Universal é aquele de pactuação comum e obrigatória em todos os Estados do Brasil.

feminina compreende e/ou confia nas evidências científicas das recomendações (MARTIN, 2008; PARK; CHANG; CHUNG, 2005; TUNG; LU; COOK, 2010). Tais fatores repercutem na cobertura da estratégia de rastreamento, pois dificultam que as mulheres mais suscetíveis à doença sejam efetivamente rastreadas.

O rastreio da população-alvo; a adoção de recomendações baseadas em evidências científicas; o recrutamento das mulheres em falta com o rastreamento; a garantia de seguimento para as mulheres com exame alterado; a educação em saúde e comunicação das informações necessárias a respeito do câncer e sua prevenção; e a garantia de qualidade dos procedimentos realizados em todos os níveis do cuidado são ações mínimas para uma estratégia eficaz de rastreamento e detecção precoce do CCU (2-INCA, 2011).

Essas ações foram adotadas pelo SUS e regulamentadas em 2012 a partir da RENASES, a qual, embora determine a promoção à saúde e a prevenção de doenças e agravos como responsabilidade de todos os serviços da rede de atenção do SUS, atribuiu o rastreamento e a detecção precoce do CCU, através do ECp, como atribuições específicas dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, o rastreamento e a detecção precoce são parte das ações de VS desenvolvidas pelos profissionais da APS, em especial nos serviços organizados a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2012a).

Desenvolver ações de VS, na ESF, exige uma postura proativa da equipe de saúde, de modo a estimular as mulheres a adotarem atitudes positivas sobre sua saúde e, principalmente, a aderirem à estratégia de rastreamento. O enfermeiro, enquanto integrante desta equipe, é um agente importante para a promoção e prevenção do CCU, sendo um dos responsáveis pela coleta do ECp e demais ações desenvolvidas em prol da saúde das mulheres (MELO, et al., 2012).

As ações de promoção e prevenção primária desenvolvidas por este profissional envolvem educação em saúde, individual e coletiva, o estímulo a hábitos saudáveis de vida, incluindo a alimentação e atividade física, o combate ao tabagismo e a orientação sexual, visando combater os fatores de risco para o CCU, em especial as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), como o Papiloma Vírus Humano (HPV- do inglês *Human Papilom Virus*), principal agente causal do CCU (BRASIL, 2013a).

Na prevenção secundária, o enfermeiro desenvolve ações relacionadas ao rastreamento e detecção precoce do CCU, envolvendo o preparo técnico do profissional para a coleta do exame e/ou supervisão dos técnicos para coleta, quando for o caso, de forma a garantir a qualidade da amostra; a captação e abordagem integral das mulheres da população-alvo, em especial daquelas que vivem sob fatores de risco aumentado para a incidência deste câncer e que não costumam realizar o rastreamento; o compromisso do enfermeiro em receber o laudo e avaliar o resultado do exame, que deve ser informado à mulher em uma consulta de enfermagem; o encaminhamento e acompanhamento dos casos positivos, seja por meio de suporte no tratamento ou através de cuidados paliativos (INCA, 2011; BRASIL, 2013a).

Além disso, a VS também exige deste profissional a identificação de falhas no acesso e no processo de rastreamento; o planejamento e execução de ações voltadas para a melhoria do processo e da cobertura populacional; e a avaliação da cobertura do exame na área sob responsabilidade sanitária da equipe, de forma que as ações favoreçam a estratégia de combate ao CCU, contribuam para o aumento efetivo da cobertura do ECp do colo do útero e reduzam as taxas de morbimortalidade por essa doença (INCA, 2011; BRASIL, 2013a).

Frente ao exposto, e considerando que o desenvolvimento de ações de vigilância à saúde da mulher, na atenção primária, contribui para a prevenção e controle do câncer do colo do útero; que a forma pela qual essas ações são desenvolvidas influencia o alcance de uma cobertura satisfatória do ECp; e que o profissional enfermeiro é um dos principais responsáveis pelas ações de vigilância à saúde da mulher desenvolvidas na APS, questiona-se **como as ações de vigilância à saúde da mulher desenvolvidas para a prevenção e controle do câncer do colo do útero, por enfermeiros na APS, contribuem para o alcance da cobertura de exame citopatológico?**

Essa inquietação surgiu da vivência com a temática durante estágio desenvolvido no serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMSF), Santa Catarina (SC), em 2013. O estágio foi viabilizado pela participação voluntária no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), através de projeto que investiga indicadores de saúde sob a ótica das Redes de Atenção.

O estágio proporcionou uma aproximação com os processos de vigilância na VE/SMSF, em especial àqueles relacionados ao controle de Doenças e

Agravos não Transmissíveis (DANTs), grupo em que se insere a temática do câncer do colo uterino. Essa aproximação, deu-se através do acompanhamento semanal dos profissionais responsáveis pela vigilância do câncer e o monitoramento do indicador de cobertura de ECp no município. Isso, aliado a estudos bibliográficos e levantamentos de fontes secundárias, permitiu conhecer a situação do indicador e da doença no município.

A análise secundária incluiu a produção de exames de todos os Centros de Saúde (CSs), por Distrito Sanitário (DS). Identificou-se que a cobertura do município, quando comparada com outras capitais do Sul do país, é a única que apresenta uma tendência crescente, com queda da mortalidade por este câncer. Todavia, uma análise mais global permitiu identificar que o indicador possui alguns fatores que merecem atenção, como a periodicidade de realização do exame, que tem sido anual; a faixa etária que participa da estratégia de rastreamento, que inclui 20% de mulheres com menos de 25 anos; e a ausência de dados de setores da rede privada, o que subestima a cobertura. Esses fatores estão todos relacionados com a estratégia de rastreamento do câncer do colo do útero adotada no município, ou seja, às ações desenvolvidas pelos profissionais nos serviços da APS.

Neste sentido, objetivou-se no presente estudo **evidenciar como as ações de vigilância à saúde da mulher desenvolvidas para a prevenção e controle do câncer do colo do útero, por enfermeiros na atenção primária à saúde, contribuem para o alcance da cobertura de exame citopatológico do colo do útero.**

Como **objetivos específicos**, buscou-se: identificar as ações de vigilância à saúde da mulher desenvolvidas para a prevenção e controle do câncer do colo do útero nos Centros de Saúde de um DS de Florianópolis/SC; descrever como estas ações são desenvolvidas pelas enfermeiras dos CSs desse DS; analisar como estas ações contribuem para o alcance da taxa de cobertura do ECp do colo do útero nesses CSs.

Este estudo insere-se no campo da Gestão em Saúde, uma vez que considera que o fazer profissional resulta na informação epidemiológica, que servirá de instrumento para o planejamento de novas ações e tomadas de decisão. Assim, adere-se, através da linha de pesquisa “Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem”, à área de concentração “Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem”. Como membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES), vincula-se ao

macroprojeto de pesquisa intitulado “Gestão do conhecimento: planejamento e vigilância local em enfermagem e saúde”.

O referido macroprojeto visa responder, à luz do referencial da gestão do conhecimento, como os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros que atuam na ESF, utilizam os indicadores de saúde para produção de conhecimento na vigilância e no planejamento das ações locais e de que maneira esses indicadores contribuem para o desenvolvimento dessas atividades.

Desta forma, os resultados deste estudo buscam colaborar com a pesquisa em enfermagem na área de vigilância local à saúde, em especial na prevenção e controle do câncer do colo uterino desenvolvidos pelo enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.

Compreendendo este fazer profissional, estaremos contribuindo para a reflexão das estratégias de rastreamento do CCU; para o aprimoramento dos processos de produção e utilização da informação em saúde; e também para a compreensão da importância dos processos de vigilância em saúde como prática essencial na APS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo baseou-se no referencial da Vigilância Local à Saúde (VLS), a partir de políticas públicas de saúde.

Inicialmente, será exposto o referido referencial em que se fundamenta esta pesquisa e as ações locais desenvolvidas por enfermeiros na ESF; na sequência, será abordada brevemente a vigilância à saúde da mulher; a vigilância às doenças e agravos não transmissíveis; as diretrizes para prevenção e controle do câncer do colo uterino; e, por fim, tratar-se-á do indicador de cobertura de ECp do colo do útero.

2.2 VIGILÂNCIA LOCAL À SAÚDE

Historicamente, a vigilância se constituiu como prática de controle e notificação de doenças transmissíveis e campanhas de vacinação da população para erradicação de doenças, sendo que, no Brasil, a Campanha de Erradicação da Varíola, ocorrida na década de 1960, é reconhecida como marco da institucionalização das ações de vigilância no país, tendo contribuído para a organização de unidades de vigilância epidemiológica na estrutura das secretarias estaduais de saúde, antes da existência do SUS (BRASIL, 2010a).

Com a criação do SUS, novas atividades passaram a fazer parte do escopo da vigilância incluindo-se além da vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, da saúde do trabalhador, alimentar e do ambiente (BRASIL, 2011a). À época, essas ações eram coordenadas pelo Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), que deixou de existir com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), através do Decreto 4.726/2003, que incorporou a vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis às atribuições do componente da vigilância epidemiológica e criou o Departamento de Análise de Situação da Saúde, vinculado ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) (BRASIL, 2010b).

Apesar da nova organização do SNVS, as ações de vigilância ainda aconteciam de forma centralizada no nível federal e os componentes permaneciam atuando de maneira desarticulada frente às necessidades

existentes (BRASIL, 2010a). Com isso, em 2006, considerando a necessidade de descentralização das ações de saúde para os estados e municípios, o Ministério da Saúde divulgou a Portaria 399, que aprova as Diretrizes do Pacto pela Saúde. Esse documento dá especial atenção à Vigilância em Saúde, inserindo-a no rol de prioridades das políticas de saúde, a partir da revisão das responsabilidades sanitárias de cada ente federado, promovendo a integração de novos componentes à vigilância em saúde e a descentralização do SNVS.

Esse novo entendimento e conformação do SNVS foram consolidados com a regulamentação da Lei 8.080 pelo Decreto 7.508/2011, o qual estabelece a vigilância em saúde como um dos principais eixos para a concretização das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo uma atribuição de todos os níveis de atenção e serviços de saúde, mas atribuindo ao nível local a responsabilidade de práticas articuladas e integradas à vigilância como imperativo para o alcance da integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

Além disso, o Decreto 7.508/2011 estabelece as diretrizes para a articulação interfederativa, atualizando o Pacto pela Saúde através do Coap. O Coap visa o acordo entre os entes federativos para a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, em uma Região de Saúde, com a finalidade de ampliar o acesso da população aos serviços, diminuir as iniquidades em saúde e garantir a integralidade da atenção. Tem como fundamento as pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e define, a partir dos Planos de Saúde de cada município, os indicadores e metas de saúde a serem atingidas, bem como os recursos que serão disponibilizados, por cada um, e os critérios de avaliação e acompanhamento das ações pactuadas (BRASIL, 2013b).

Essa atualização legislativa da saúde, em especial pela regulamentação do SUS, corresponde a avanços em termos da vigilância em saúde, devido à ampliação de seu conceito e forma de articular estratégias tanto para níveis operacionais, quanto para a gestão da saúde pública. Atualmente, o conceito ampliado de vigilância, que carrega toda a lógica de ampliação da concepção de saúde, compreende uma maneira de pensar e agir, constituindo-se um conjunto de ações de promoção, proteção e o controle das doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2013a).

Esse conjunto de ações compreende seis componentes, sendo que cada um desenvolve ações específicas (Quadro 1) visando contribuir para a

integralidade da atenção à saúde da população, nos diversos níveis de atenção (BRASIL, 2010c).

Essa nova concepção resgata e amplia o modelo clássico de história natural das doenças, incorporando desde as ações sociais organizadas pelos distintos atores até as ações específicas de prevenção de riscos e agravos, bem como as de recuperação e reabilitação da saúde. Nessa perspectiva, a vigilância inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde (TEIXEIRA, PAIM, VILLASBÔAS, 1998).

Quadro 1- Ações dos componentes constituintes da Vigilância à Saúde

Componente	Ações
Vigilância Epidemiológica (VE)	Conhecimento e detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
Vigilância Sanitária (VISA)	Eliminar ou prevenir riscos à saúde decorrentes de processos que envolvem bens de consumo ou de prestação de serviços, desde a produção até o consumo.
Vigilância da Situação de Saúde (VSS)	Monitoramento contínuo de um território, por meio de análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.
Vigilância da Saúde do Trabalhador (VST)	Promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.
Vigilância Ambiental (VA)	Conhecimento e detecção ou prevenção de mudanças relacionadas aos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana.
Promoção da Saúde (PS)	Promove a qualidade de vida e o empoderamento da população para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.

FONTE: Adaptado de BRASIL, 2010c.

Apesar de a Promoção da Saúde (PS) ser considerada como um componente da vigilância, a concepção ampliada da VS reconhece sua amplitude a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e compactua com as práticas nela previstas, como forma de combater os problemas de saúde considerando as condições de vida da população. Nesse sentido, mesmo utilizando nos estudos desta dissertação a divisão dos níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) como uma forma de sistematizar as ações de vigilância, adotou-se a mesma concepção de PS do referencial da VS.

Deste modo, a concepção ampliada de vigilância inclui um conjunto de ações com as seguintes características: a) intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ ou determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) operacionalização do conceito de risco; d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) atuação intersetorial; f) ações sobre o território; g) intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA, PAIM, VILLASBÔAS, 1998).

Essa reorganização do SNVS colocou a VS em patamares hierárquicos técnico-administrativos, nas esferas federal, estadual, municipal (local), sendo que o fluxograma de informações da VS apresenta várias interfaces entre diferentes sistemas: Vigilância; Atenção (Primária, Secundária e Terciária); laboratórios; centros de pesquisa; centros universitários; outras secretarias etc. Entretanto, a base de todas as informações é o nível municipal, mais precisamente a microárea, pois o cumprimento do princípio da integralidade requer uma articulação da VS com a APS, focalizando sua concretização no âmbito local (RODRIGUES; FRACOLLI; OLIVEIRA, 2001; CAMPOS, 2003; TEIXEIRA, 2004; TEIXEIRA; SOLLA, 2006; TEIXEIRA; VILASBOAS, 2007; BEZERRA, et al., 2009; VARGAS, et al.; 2009; ANDRADE, 2010).

O âmbito local de saúde é definido pelos municípios, parte de um município (distritos sanitários) e pelo conjunto de unidades que prestam serviços de saúde nesses municípios ou distritos. No âmbito da APS, a Vigilância Local à Saúde (VLS) pressupõe a existência de um território e a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, sendo que a territorialização é a base para a prática da vigilância e promoção à saúde (CAMPOS, 2003; TEIXEIRA, 2006; BEZERRA, et al., 2009; ANDRADE, 2010; BRASIL, 2013a).

O processo de territorialização envolve um conjunto de operações para organizar o sistema local, permitindo reconhecer o contexto e a população para os quais serão orientadas as ações de saúde. Constitui-se uma das ferramentas necessárias para o planejamento local em saúde, permitindo eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que refletirá na definição, organização e execução de ações adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes (ANDRADE, 2010).

No entanto, o processo de territorialização não se encerra com a oferta de ações adequadas às necessidades da população, ele avança na perspectiva de promover uma integração entre as ações de demanda espontânea e programadas, no exercício de uma clínica ampliada, que contribua para a autonomia dos sujeitos e na articulação dessas ações com outros níveis do sistema, incluindo todos os atores e equipamentos sociais de base territorial (setorial e intersetorial), identificados na análise da situação de saúde (ANDRADE, 2010).

A análise da situação de saúde envolve o reconhecimento e mapeamento do território, segundo a lógica das relações e entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isso implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político cultural, epidemiológico e sanitário que devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe de saúde. Neste processo, os Sistemas de Informações de Saúde (SIS) desempenham papel relevante para a organização dos dados coletados, disponibilizando informações em saúde de forma ágil, para adotar medidas de controle de doenças, bem como planejar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010a).

No âmbito da ESF, as informações obtidas através dos SIS proporcionam suporte para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica da população atendida pela equipe de saúde, bem como informações acerca da produção da equipe, e dos atendimentos aos indivíduos, orientando o planejamento e a gestão das ações desenvolvidas na comunidade (PETERLINI; ZAGONEL, 2006; BRASIL, 2010a).

Além disso, as informações geradas são utilizadas tanto para o cuidado gerencial como para o gerenciamento do cuidado. No primeiro, utilizam-se informações gerenciais, epidemiológicas e clínicas. No segundo, o foco de interesse são as informações epidemiológicas e gerenciais, pois os dados

fornecidos por esse sistema permitem o acompanhamento das metas pactuadas na unidade (PETERLINI; ZAGONEL, 2006).

A articulação à APS ampliou o rol de ações da VS, que tornou-se responsável pela integração de ações de vigilância, prevenção e controle de agravos, prioritariamente com ações de promoção à saúde, com o monitoramento epidemiológico das doenças transmissíveis e não transmissíveis, de atividades sanitárias programáticas, de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador, elaboração e análise de perfis demográficos epidemiológicos, proposição de medidas de controle etc. Desta forma, a VLS constitui-se na implementação de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da análise constante da situação da saúde da população e da gestão e utilização dos indicadores produzidos no território.

Para que se consiga efetiva integração e integralidade, a vigilância necessita estar bem sedimentada em todos os profissionais da saúde e, para isso, um ponto fundamental é o desenvolvimento de processos de educação continuada em serviço, integrando a VS à atenção, uma vez que são interdependentes para sua eficiência. Todos os profissionais de saúde devem estar treinados para sua atuação de vigilantes, não deixando passar nenhuma oportunidade de cumprir a meta de qualidade dos serviços prestados.

2.2.1 Ações locais de vigilância e atribuições do enfermeiro de Saúde da Família

No Brasil, as ações e serviços de saúde estão descritas na RENASES, elaborada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do MS. A RENASES estabelece um conjunto de ações divididas em seis componentes, de acordo com o tipo de serviço, sendo: i) atenção primária; ii) serviços da urgência e emergência; iii) serviços da atenção psicossocial; iv) serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e v) serviços da vigilância em saúde (BRASIL, 2012a).

A RENASES estabelece seis formas para acesso a essas ações, a saber: 1) mediante procura direta pelos usuários; 2) através de encaminhamento de serviços do SUS; 3) por autorização da regulação; 4) pela ação ou serviço com exigência de habilitação; 5) através de ação ou serviço com indicação e autorização prevista em protocolo ou diretriz terapêutica nacional; e 6) por meio de ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, com intervenções

individuais, em grupo e na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância (BRASIL, 2012a).

O acesso às ações descritas na RENASES segue as diretrizes do SUS, devendo ser ordenado pela APS, considerando a avaliação da gravidade do risco individual e coletivo, o critério cronológico e as regras de referenciamento pactuadas intra e inter regionalmente pelos municípios, estados e ente federal, através do Coap (BRASIL, 2012a).

À APS cabe coordenar o fluxo dos usuários por entre os níveis e serviços de atenção à saúde. Sua organização é um ponto crucial para a integralidade da atenção e para a qualidade das ações prestadas, incluindo as de vigilância. Para isso, ela precisa ser corresponsável pelos serviços prestados, de forma que sejam resolutivos e permitam a comunicação com os demais pontos da rede de atenção (ERDMANN, et al., 2011; MENDES, 2011).

No componente da vigilância em saúde, definido pela RENASES, as ações desenvolvidas na APS abrangem toda a população do território das equipes de Saúde da Família (eSFs) compreendendo: a prevenção e detecção precoce de doenças e agravos; o controle e gerenciamento do risco sanitário; a orientação de viajantes; a informação, educação e comunicação em saúde; alerta e resposta a surtos e eventos de importância em saúde pública; interrupção da cadeia de transmissão e controle de vetores, reservatórios e hospedeiros; diagnóstico de eventos de interesse de saúde pública; monitoramento do seguimento de casos confirmados de doenças; e oferta de tratamento clínico e cirúrgico para doenças de interesse de saúde pública (BRASIL, 2012a).

Essas ações permeiam o processo de trabalho de todos os integrantes da eSF, desde a visita domiciliar feita pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) até as consultas individuais, realizadas pelo médico, enfermeiro e cirurgião-dentista (BRASIL, 2012a). Assim, são atividades multiprofissionais, que exigem competências e habilidades específicas para o desenvolvimento do trabalho em saúde, de forma coerente às necessidades epidemiológicas da comunidade (ANDRADE; et al., 2012).

Estudo sobre as competências necessárias para atuação na APS, realizado em 2005 no sul do Brasil com 109 enfermeiros, apontou um rol de 36 competências gerais e 17 específicas, sendo a capacidade de identificar, monitorar e evitar riscos; atuar com base nas necessidades da população e analisar a situação de saúde (ações inerentes à VS), consenso entre os participantes. Essas competências servem de subsídio para a emancipação das

práticas em saúde na APS, além de estabelecer diretrizes de responsabilidade para o enfermeiro que, junto com a eSF, contribui para reorientação e construção de novas práticas sociais (WITT, 2005).

O enfermeiro na eSF desenvolve uma função polivalente, com atividades intra e extramuros, as quais permitem que este profissional seja uma referência para a comunidade. São eles que articulam as demandas dos usuários com serviço e com os demais profissionais, além de atuarem como interlocutores com os diversos serviços da rede de saúde. O caráter polivalente pode ser caracterizado como uma especificidade do trabalho dos enfermeiros e é uma característica que significa o papel desse profissional no cotidiano da ESF, pois reforça sua importância na equipe, mesmo que, muitas vezes, se torne uma sobrecarga de trabalho (NAUDERER; LIMA, 2008).

Nesse sentido, sua responsabilidade enquanto membro da eSF consiste na assistência individual e coletiva, na organização do processo de trabalho, como também na execução, supervisão e avaliação do planejamento das ações, incluindo as de vigilância (BRASIL, 2012a; WEIRICH; et al. 2009; JORGE; et al., 2007; CUNHA; et al., 2011; ANDRADE; et al., 2012).

Na assistência em saúde, o enfermeiro deve participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade e coleta de informações, viabilizando as intervenções de cuidado necessárias. O cuidado à população envolve diferentes contextos, como a unidade de saúde, o domicílio e demais espaços comunitários, que devem ser considerados para uma assistência integral à saúde. Assim, deve desenvolver ações interssetoriais, buscando corresponsabilização pela atenção à saúde, garantindo a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, ainda, buscar corresponder ao princípio da equidade e da participação social para a tomada de decisão em saúde (BRASIL, 2012a).

Na organização dos processos de trabalho, este profissional deve priorizar ações a partir das necessidades do território, possibilitando o acesso universal e contínuo da população aos serviços prestados na unidade e nos demais níveis de atenção, garantindo o atendimento à demanda espontânea e programada (BRASIL, 2012a).

Além disso, cabe ao enfermeiro a supervisão constante das ações que permitem a coleta, análise e utilização de dados, além da produção concomitante, através de ações que envolvem: a territorialização e

mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos nos SIS e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características do território e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outras situações de importância local; realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção primária; etc. (BRASIL, 2012a).

Na prevenção do câncer de colo uterino, são atribuídas ao enfermeiro ações que vão desde o recrutamento das mulheres, passando pelas ações educativas, consultas com a realização do exame e seus devidos encaminhamentos em caso de complicações, de acordo com os protocolos existentes (PAULA, et al., 2012).

Protocolos são recomendações científicas desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de uma circunstância específica e visam a estimular processos ricos de aprendizagem organizacional e garantir maior probabilidade de alcance dos resultados almejados. Entretanto, apesar de importantes ferramentas de trabalho, apresentam limites quanto ao seu alcance, indicando a necessidade de tomada de decisão com base nas diferentes situações encontradas nos serviços de saúde (JACQUES; GONÇALO, 2007).

Desta forma, o Enfermeiro deve ser capaz de trabalhar em equipe, integrando áreas de conhecimento e profissionais de diferentes formações, buscando dessa forma o atendimento integral e a melhora da qualidade de vida da mulher (PARADA, et al., 2008). Especificamente, cabe a este profissional (BRASIL, 2013a, p. 35):

- Atender as usuárias de maneira integral;
- Realizar consulta de enfermagem e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária.
- Realizar consulta de enfermagem e o exame clínico das mamas, de acordo com a faixa etária e quadro clínico da usuária;
- Solicitar exames de acordo com os protocolos estabelecidos pelo gestor local;

- Examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados ao câncer do colo do útero;
- Avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento do câncer do colo do útero;
- Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como DSTs, na oportunidade do rastreamento, de acordo com os protocolos estabelecidos pelo gestor local;
- Realizar cuidado paliativo, na Unidade de Saúde ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária;
- Avaliar periodicamente, e sempre que ocorrer alguma intercorrência, as pacientes acompanhadas em atendimento domiciliar, e, se necessário, realizar o encaminhamento para unidades de internação;
- Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento a unidade básica de saúde.

O conhecimento das ações de prevenção desta neoplasia deve ser utilizado para o planejamento e programação de ações de controle pautadas em critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade. Além disso, é importante que esse profissional conheça os hábitos de vida, valores culturais e religiosos da comunidade, para tornar o acolhimento mais humanizado. Tomar condutas éticas e valorizar os diferentes saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva é essencial para a criação de vínculos (PARADA, et al., 2008).

Este rol de atividades destaca a contribuição do enfermeiro no contexto da APS como componente fundamental para a consolidação e fortalecimento das ações de promoção e prevenção à saúde. Nesse sentido, a APS constitui-se num importante contexto para o desenvolvimento da VLS pelo enfermeiro, buscando corresponder aos princípios do SUS através de ações, individuais e coletivas, para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

2.3 VIGILÂNCIA À SAÚDE DA MULHER

Ações de VLS descritas anteriormente são desenvolvidas a todos os grupos populacionais, apresentando peculiaridades conforme se apresenta o processo saúde/doença para cada um deles. No âmbito da saúde da mulher, a vigilância existe antes mesmo da criação do SUS, porém, restrita a ações relacionadas ao processo gestacional. Com a criação do PAISM em 1984, que vinte anos depois resultaria na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), os princípios e diretrizes de atenção à saúde da mulher foram ampliados, conferindo grandes avanços para a valorização dos direitos da mulher (BRASIL, 2004).

A implementação do PAISM e a adoção das questões sociais e de gênero, visando garantir os direitos humanos às mulheres, sem qualquer distinção; a ampliação da clínica para além da saúde reprodutiva e a introdução de fatores epidemiológicos para analisar a situação de saúde das mulheres, contribuíram significativamente para a construção da PNAISM. Isso colocou a vigilância como premissa das ações integrais previstas nessa política que, guiada pelos princípios da integralidade, humanização e da qualidade da atenção, objetiva “contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie” (BRASIL, 2004, p.67).

Além de poder contribuir para a melhoria de diversos indicadores relacionados à saúde da mulher, as ações de VLS são fundamentais para investigar as desigualdades regionais e sociais que possam revelar grupos vulneráveis, para os quais devem ser direcionados esforços mais intensos da atenção à saúde (BRASIL, 2012b). Isso tem especial relevância em nosso País, sendo considerado quando da elaboração da PNAISM, a fim de reduzir as desigualdades sociais nas diversas regiões e promover, de forma equânime, a saúde integral da mulher brasileira (BRASIL, 2004).

Segundo os princípios da PNAISM, o termo “integral” refere-se ao atendimento de todas as necessidades de saúde nas diferentes etapas de vida da mulher. Incluem-se no rol da atenção integral as ações clínico-ginecológicas, de planejamento familiar, obstétrica e neonatal, assistência ao abortamento em condições inseguras, de saúde mental e em situação de violência doméstica e sexual para mulheres e adolescentes sem distinção de raça, etnia ou qualquer outra condição social; além de promover a prevenção

e o controle das DSTs e do vírus da imunodeficiência humana (HIV – do inglês *Human Immunodeficiency Virus*) e reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas. Essas ações devem ser desenvolvidas por todos os serviços da RAS, em especial na APS por ser o local de produção dos modos de viver e promover a saúde (BRASIL, 2004).

Para uma atenção integral, sob a ótica da VLS, faz-se necessário a análise constante da situação de saúde das mulheres, a fim de garantir uma assistência humanizada e coerente às necessidades dessa população. Conhecer a situação de saúde em que se planejam ações integrais de saúde envolve a produção de um conjunto amplo de informações epidemiológicas, demográficas, setoriais da saúde, extra setoriais (por exemplo, sobre a infraestrutura de outras políticas públicas presentes no espaço em análise) e subjetivas (tais como, por exemplo, se a necessidade sanitária percebida pela população condiz com a avaliação institucional), entre outras (BRASIL, 2008 – série pacto).

A VS, conforme definida desde a criação do SUS, proporciona conhecimento, detecção ou prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou populacional, a fim de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das enfermidades e dos agravos. Desse modo, a inclusão do olhar da VS facilita a organização dos processos de trabalho de uma região de saúde, ampliando sua margem de adequação às necessidades da população (BRASIL, 2008).

A VLS tem diversas ações que possibilitam o conhecimento da distribuição, da magnitude e da tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais (BRASIL, 2008). O conhecimento gerado pela ação de vigilância deve subsidiar o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação das ações de cuidado integral de pessoas com doenças crônicas. Nesse sentido, inserir a VS nos processos de trabalho voltados à saúde da mulher, requer o conhecimento de sua situação de saúde.

As mulheres são maioria (51,5%) no Brasil e constituem-se as principais usuárias do SUS (BRASIL, 2012b). A mulher brasileira pode ser descrita como jovem (63,8% estão entre 10 e 49 anos), de cor declarada branca (48,8%), casada (48,7%), vivendo em áreas urbanas (85,5%). Mesmo com o predomínio de faixas etárias jovens, é evidenciado um rápido envelhecimento da população feminina. Enquanto, no ano 2000, 9,4% das mulheres tinham 60 anos de idade ou mais, em 2010, essa proporção elevou-se para 11,8%. Dentre as regiões do país com maior população idosa, estão o Sudeste e o Sul,

ambas com 13,1%, sendo as regiões Centro Oeste (66,6%) e Norte (66,2%), as que concentram maior número de mulheres jovens, em idade fértil (10-49 anos) (BRASIL, 2012b).

Seu perfil socioeconômico destaca baixa escolaridade (48,4%) e baixa renda (BRASIL, 2012). A baixa escolaridade inclui mulheres com 10 anos ou mais de idade, residentes em áreas urbanas, que nunca tiveram instrução formal ou não completaram o ensino fundamental. Entre aquelas que residem em área rural, a proporção chega a 72,7%. As regiões Nordeste (55,7%) e Norte (53,3%), apresentam as maiores proporções de mulheres com o mais baixo nível de escolaridade. Nas outras regiões, essas proporções também foram elevadas, acima de 40%. Apenas 9,5% das mulheres completaram o ensino superior, sendo bastante inferior entre mulheres residentes em área rural (1,8%) em comparação com a área urbana (10,7%). As regiões que apresentaram maiores proporções de mulheres com ensino superior completo foram a Sudeste (11,6%), Centro-Oeste (11,3%) e Sul (10,7%) (BRASIL, 2012b).

O rendimento médio total das mulheres brasileiras com idade de 10 anos ou mais é de R\$ 559,85, sendo que este valor dobra em áreas urbanas. 48,9% das mulheres declaram-se economicamente ativas, sendo que o Sudeste concentra 45% desse contingente. 26,7% são chefes do domicílio, com as maiores proporções registradas nas regiões Sudeste (27,3%), Sul (27,3%) e Centro-Oeste (27,0%) (BRASIL, 2012b).

Quanto às taxas de fecundidade e mortalidade, observa-se um declínio do número de filhos, em especial em regiões urbanas, e aumento da mortalidade por doenças relacionadas aos modos de vida e saúde (BRASIL, 2012b).

A taxa de fecundidade no Brasil, em 2010, era de 1,90 filhos nascidos vivos tidos por mulher ao final do período reprodutivo. Essa taxa foi maior na área rural (2,30) em comparação com a área urbana (1,79). A taxa mais elevada foi observada na área rural da Região Norte (3,15), enquanto a mais reduzida foi observada na área urbana da Região Sudeste (1,70). Observa-se uma concentração da fecundidade nas faixas etárias de 20 a 24 e de 25 a 29 anos. A Região Norte revelou fecundidade mais jovem, com mais da metade dos nascimentos concentrados na faixa etária de 15 a 24 anos. Por sua vez, as regiões Sudeste e Sul revelam uma estrutura de fecundidade mais envelhecida, concentrada nas idades finais dentro do período fértil (BRASIL, 2012b).

A taxa de mortalidade feminina no Brasil aumentou de 4,56 para 5,00 óbitos por mil mulheres de 2000 a 2010. Suas causas variam conforme a etapa do ciclo de vida. Antes dos 10 anos de idade, as mulheres brasileiras morrem principalmente devido às afecções perinatais, de 10–29 anos, devido às causas externas, 30 a 69 anos devido às doenças do aparelho circulatório e neoplasias, e com 70 anos ou mais devido às doenças dos aparelhos circulatório e respiratório. Observa-se, entre 2000 a 2010, um declínio da mortalidade por doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração e aumento da taxa de mortalidade ocasionada pelas doenças do aparelho circulatório e neoplasias (BRASIL, 2012b).

Esse perfil das causas de mortalidade evidenciado nas mulheres brasileiras, e que se repete em outros grupos da população, coloca as doenças crônicas em evidência. Essas doenças possuem em comum causas relacionadas a hábitos de vida, sendo, em sua maioria, evitadas e controladas através da combinação da adoção de práticas saudáveis de alimentação, atividade física e cuidados específicos com a saúde, pela mulher, e do desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde por profissionais da saúde. Nesse sentido, é fundamental que as doenças crônicas e suas estratégias de cuidado integral estejam entre os pontos de análise da situação de saúde e de proposição de políticas de todas as esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2011c).

Entretanto, a análise de fatores de risco e de proteção para doenças crônicas e as intervenções para a melhoria de seus determinantes sociais não são apenas atribuições de governabilidade do SUS. É necessária a ação intersetorial e a responsabilização da sociedade em geral na adoção de práticas promotoras de saúde. Assim, é importante que seja estimulada e fortalecida no sistema de saúde a perspectiva da intersetorialidade, da construção de trabalhos articulados e em parceria, visando ampliar e fortalecer a vigilância à saúde da mulher (BRASIL, 2008).

2.3.1 Vigilância e prevenção das Doenças e Agravos Não Transmissíveis

A vigilância à saúde, na perspectiva de prática de saúde pública, desenvolvida através de instrumentos epidemiológicos que visam o controle e prevenção de doenças, tanto de coletividades quanto de indivíduos, ou seja, que alia a saúde coletiva e seus aspectos sociais à clínica, considera a prevenção uma prática abrangente de “ação antecipada” que inclui decisão

técnica e ação educativa para evitar ou controlar uma doença (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013).

Nessa perspectiva, a prevenção é entendida de três formas: primária, secundária e terciária. A prevenção primária consiste na adoção de ações que visam a evitar a instalação de uma doença, através da promoção da saúde e de proteção específica (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013, p. 20).

A indução das ações de promoção e proteção da saúde constitui uma das principais ações de vigilância, em especial da vigilância de DANTs, grupo representado pelas doenças crônicas. A articulação entre a promoção da saúde e vigilância de DANTs (Figura 1) tem como objetivo prevenir e controlar essas doenças, através de monitoramento contínuo dos fatores que impõem risco à saúde e dos fatores que lhe conferem proteção. Essa abordagem integrada dos fatores de risco e protetores é possível através da coleta, análise e interpretação sistemática e contínua da situação de saúde da população, o que permite a implementação de ações promotoras de saúde.



Figura 1- Articulação da Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis à Promoção da Saúde

Fonte: DUARTE, 2005.

É através da articulação com a promoção da saúde que a vigilância de DANT se efetiva. Essa concepção atribui à promoção da saúde caráter fundamental na manutenção da saúde das pessoas, na qual a prevenção só é possível “a partir do momento em que estruturas sociopolítico-econômicas estão equilibradas e favorecem a saúde da população” (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013, p. 20). A promoção da saúde requer ações intersetoriais, com a mobilização e participação da comunidade, visando a prática de modos de vida saudáveis (DUARTE, 2005).

As ações de proteção, por sua vez, podem ser descritas pela interface da promoção da saúde com a assistência (BRASIL, 2005). A proteção visa alcançar objetivos através de ações específicas, como evitar o contágio de doenças, através da imunização e uso de preservativos; de evitar doenças laborais, por meio do controle de riscos do trabalho insalubre; de controlar vetores, eliminando reservatórios; etc. Assim, a prevenção primária controla riscos e promove fatores que protegem a saúde individual e coletiva (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013).

Ambas as ações, de promoção e vigilância, por se tratarem de práticas dos serviços de saúde, requerem o monitoramento e avaliação contínuos da efetividade de seu impacto na saúde das pessoas. A partir do monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de risco da ocorrência dessas doenças na população e do impacto econômico e social que elas provocam, é possível construir uma forte rede de conscientização sobre sua prevenção em nível individual (BRASIL, 2005).

No âmbito individual, a prevenção é tida como secundária e terciária. Ambas ocorrem já na presença de doenças, sendo que a secundária envolve a detecção e tratamento precoces e a limitação da incapacidade do indivíduo e a terciária visa reabilitar a saúde do indivíduo e possibilitar-lhe a reintegração às ações cotidianas. A detecção ou diagnóstico precoces são realizados através de exames periódicos; já o tratamento precoce pode ser feito por isolamento e tratamentos que evitam a propagação e progressão da doença. A limitação de incapacidades envolve reduzir maiores complicações causadas pela doença e evitar sequelas que possam levar à incapacidade total (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013).

A prevenção e o controle das doenças crônicas são desafios mundiais, que colocam a saúde e bem-estar das pessoas como objetivos centrais das políticas sociais nacionais e internacionais. As doenças crônicas de impacto na saúde pública são as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as doenças

respiratórias crônicas. Todas essas doenças possuem relação com fatores ambientais, sendo que o uso do tabaco é fator de risco para todas elas (BRASIL, 2011c- plano de ações estratégicas DANTs).

Uma vez causadoras de alto impacto na saúde da população, tais doenças requerem ações e políticas específicas para sua redução e controle. As políticas podem exercer grande impacto nos padrões de saúde e hábitos de vida das pessoas, todavia, para que sejam efetivas, as ações desenvolvidas para prevenir essas doenças precisam garantir que todos os atores envolvidos no processo sejam parceiros no seu planejamento e execução (INCA, 2012).

Dentre as DANTs, o câncer tem se configurado como uma das principais doenças crônicas nos últimos anos. Essa doença é definida pelo “crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo” (INCA, 2012).

Segundo o INCA, 80 a 90% dos tipos de câncer possuem alguma relação com fatores ambientais, do meio em geral (ar, água, solo), do ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), relacionadas ao consumo de alimentos e medicamentos e ao ambiente social e cultural, incluindo estilos e hábitos de vida, como tabagismo e padrões de atividade física. “Se ninguém fumasse ou fosse exposto ao tabaco, aproximadamente um terço dos atuais casos de câncer seria prevenido”. Além disso, a prevenção do câncer aumentaria consideravelmente ao se manter padrões saudáveis de alimentação e atividade física (INCA, 2012, p. 3).

Devido à persistência das taxas de morbidade e mortalidade pelo câncer, foram instituídas no Brasil, em 2005 e 2013, as políticas nacionais de Atenção Oncológica (PNAO) e a de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC). O objetivo de ambas é reduzir a incidência e mortalidade pela doença e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos no SUS (BRASIL, 2005; 2013c).

Os princípios gerais dessas duas políticas estão relacionados à garantia da integralidade, através de ações de atenção e prevenção desenvolvidas sob a ótica das RAS e da articulação com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Além disso, também preveem a integração com a prevenção e vigilância do câncer por meio da informação, identificação, monitoramento e avaliação das ações de controle de seus fatores de risco e proteção; com o cuidado integral, desenvolvido através de diretrizes científicas sobre a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados

paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado; com a ciência e tecnologia, considerando a utilização da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) para a tomada de decisão no processo de incorporação, reavaliação ou exclusão de tecnologias em saúde; com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); e com o setor de comunicação em saúde, através do estímulo à formulação de estratégias de comunicação com a população em parceria com os movimentos sociais, com os profissionais da saúde e outros atores sociais, que permitam disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer, seus fatores de risco e sobre as diversas diretrizes de prevenção e controle e a tradução do conhecimento para os diversos públicos-alvo (BRASIL, 2013c).

Os princípios e diretrizes da PNPC devem ser observados por todos os componentes da RAS, sendo atribuídas determinadas responsabilidades a cada um, de acordo com a natureza do serviço prestado. As responsabilidades atribuídas à APS são (BRASIL, 2013c, p. 9):

- Realizar ações de promoção da saúde com foco nos fatores de proteção relativos ao câncer, tais como alimentação saudável e atividade física, e prevenção de fatores de risco, tais como agentes cancerígenos físicos e químicos presentes no ambiente;
- Desenvolver ações voltadas aos usuários de tabaco, na perspectiva de reduzir a prevalência de fumantes e os danos relacionados ao tabaco no seu território, conforme o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer ou conforme diretrizes definidas localmente;
- Avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários;
- Realizar rastreamento de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseado em evidências científicas e na realidade locorregional;
- Implementar ações de diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos dos tipos de cânceres passíveis desta ação e o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, respeitando-se o que compete a este nível de atenção;
- Encaminhar oportunamente a pessoa com suspeita de câncer para confirmação diagnóstica;

- Coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde;
- Registrar as informações referentes às ações de controle de câncer nos sistemas de informação vigentes;
- Realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de outros serviços da RAS de pessoas com câncer, conforme proposta definida para a região de saúde; e
- Desenvolver ações de saúde do trabalhador por meio da capacitação das equipes para registro do histórico ocupacional, otimizando as ações de vigilância do câncer relacionado ao trabalho.

A APS tem, entre suas atribuições, o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das RAS. Nesse sentido, a ela cabe o acompanhamento longitudinal das pessoas, quando elas demandam de um serviço especializado ou de internação; a coordenação das ações dos diversos serviços sobre os profissionais e a articulação dos diversos serviços e unidades de saúde que compõem as redes, participando na definição de fluxos e elenco das necessidades de saúde de determinada população. Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de APS, destacam-se aquelas relacionadas ao controle dos cânceres de mama e do colo do útero, os dois tipos mais comuns em mulheres (BRASIL, 2013c).

2.3.2 Prevenção e controle do câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero (CCU), também chamado de cervical, é o terceiro tipo mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Sua principal causa é a infecção persistente pelos subtipos oncogênicos do HPV, sendo os subtipos 16 e 18 os responsáveis por 70% dos casos de CCU. A infecção genital por este vírus é muito frequente e não causa doença na maioria das vezes. Entretanto, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares que poderão evoluir para o câncer (INCA, 2012).

Apesar de ser necessária, a infecção pelo HPV não é suficiente para o desenvolvimento da doença, outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. Além disso, a idade e o

tabagismo também interferem nesse processo. Segundo pesquisas da Agência Internacional para Pesquisas sobre Câncer (IARC – do inglês *International Agency for Research on Cancer*), a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (IARC, 2007). Já o tabagismo, de acordo com pesquisas do grupo de Colaboração Internacional de Estudos Epidemiológicos de Câncer Cervical (ICESCC – do inglês *International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer*), aumenta o risco para o desenvolvimento do CCU, proporcionalmente ao número de cigarros fumados por dia e ao início em idade precoce (ICESCC, 2006).

Para a prevenção e controle do CCU, o acesso aos serviços de saúde e à informação sobre os fatores de risco e as manifestações clínicas da doença (dispareunia e sangramento, durante ou após o ato sexual e leucorreia) são questões centrais. Isso demanda mudanças nas práticas de saúde, com ampliação da oferta de exames, e mudanças dos processos de trabalho, de forma que a morbimortalidade por esta doença seja efetivamente reduzida (BRASIL, 2013c).

As taxas de incidência e de mortalidade por CCU no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce bem estruturados. Apesar das altas taxas de incidência e mortalidade, o CCU apresenta um dos mais altos potenciais de cura, chegando a 100%, quando diagnosticado e tratado em estádios iniciais ou em fases precursoras (BRASIL, 2013c).

Considerando seu impacto na saúde pública e o fato de ser um dos cânceres com maior chance de cura, desde a década de 1980 o rastreamento é realizado no Brasil. Com a implantação do PAISM, foi instituído o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCCU), que visa a detecção precoce do CCU através do ECp (BRASIL, 2013c).

A detecção precoce do CCU consiste na realização sistemática de ECp para identificar alterações no colo do útero em mulheres assintomáticas. Programas de prevenção e detecção precoce podem ser prestados de forma organizada, conveniente (aproveitando-se o atendimento da mulher no serviço de saúde por outra finalidade) ou de forma combinada. Em geral, acredita-se que o custo-benefício seja melhor com a prevenção/detecção precoce de forma organizada que a de forma conveniente, pois há melhor uso

dos recursos e assegura-se que um maior número de mulheres seja beneficiado (OPAS, 2013).

Para existência do rastreamento organizado, são necessários alguns critérios, que garantem a efetivação das práticas de prevenção do CCU (ANTTILA et al.; 2009; NICULA et al.; 2009):

- Adoção de recomendações baseadas em evidências científicas, que inclui definição da população-alvo e do intervalo entre as coletas, assim como elaboração de guias clínicos para o manejo dos casos suspeitos;
- Sistema de informação de base populacional para captação das mulheres;
- Recrutamento das mulheres em falta com o rastreamento;
- Garantia de seguimento necessário para as mulheres com exames alterados;
- Educação e comunicação em saúde;
- Garantia de qualidade dos procedimentos realizados em todos os níveis do cuidado.

No Brasil, apesar de bem concebida a prática de prevenção do CCU na APS, o rastreamento não atende a todos os critérios e, portanto, não se caracteriza como uma estratégia organizada. A inexistência de um sistema de informação de base populacional, até 2013, era o que faltava para a estratégia de rastreamento do país. Nesse ano, foi implantado o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que integra e substitui os sistemas de Informação do Colo do Útero (SISCOLO) e o de Informação do Câncer de Mama (SISCAM). O SISCAN permite identificar, ao contrário dos outros dois, quem é a mulher que realizou o exame, quando ele foi realizado, o resultado que apresentou e que procedimentos foram feitos nos serviços do SUS. Com este sistema, o Brasil passa a atender todos os critérios necessários para a organização da estratégia de rastreamento (BRASIL, 2013c, INCA, 2011).

Uma estratégia organizada de rastreio do CCU possui quatro etapas: realização do ECp, identificação dos casos positivos (suspeitos de lesão precursora ou câncer), confirmação diagnóstica e tratamento. Essas etapas representam um processo complexo que envolve inúmeras ações realizadas, em especial, pela APS. Visando a garantia da qualidade dessas ações, em 2011, foram lançadas pelo INCA as DBRCCU, que definem as ações e estratégias a serem desenvolvidas nos serviços do SUS para o rastreamento e detecção precoce da doença (INCA, 2011).

A elaboração dessas diretrizes envolveu a revisão, análise crítica e síntese da literatura publicada acerca do tema, amplo debate das evidências encontradas e consenso, incluindo sua categorização em função de força de recomendação na qual se baseiam. Este método atendeu ao disposto na Portaria nº 375, de 10 de novembro de 2009 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, que define o processo para estabelecimento de um conjunto de diretrizes clínicas para o SUS (INCA, 2011).

As ações recomendadas para o rastreamento do CCU, segundo as DBRCCU/INCA (2011, p. 24) são:

- Informação e esclarecimento da população sobre o rastreamento;
- Identificação da população feminina na faixa etária prioritária;
- Identificação de mulheres com risco aumentado para CCU;
- Convocação da população alvo para exame;
- Realização da coleta da citologia;
- Identificação de mulheres faltosas e reconvocação;
- Recebimento dos laudos e identificação das mulheres com resultados positivos ao rastreamento para vigilância do caso;
- Orientação e encaminhamento das mulheres com exame alterado para unidade secundária;
- Avaliação da cobertura de citologia na área de atuação;
- Avaliação da qualidade da coleta e supervisão dos técnicos para coleta;
- Planejamento e execução de ações, na área sob responsabilidade sanitária da equipe, voltadas para a melhoria da cobertura do exame;
- Vigilância dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento;
- Identificação de falhas no acesso e fechamento dos casos;
- Suporte a pacientes em tratamento curativo ou paliativo.

As DBRCCU/INCA visam subsidiar a tomada de decisão profissional à medida que estabelecem o grau de certeza da evidência científica e a força das recomendações, as quais apresentam benefícios contundentes para a prevenção e detecção precoce do CCU (INCA, 2011).

O grau de certeza foi determinado com base nas na avaliação de que o benefício de uma prática preventiva é certo em três níveis: 1) alto: quando a evidência disponível usualmente inclui resultados consistentes de estudos bem desenhados e bem conduzidos em populações representativas dos cuidados aos quais se aplicam e esses estudos avaliam os efeitos da prática

preventiva sobre os desfechos de saúde; 2) médio: quando a evidência disponível é suficiente para determinar os efeitos da prática preventiva sobre os desfechos de saúde, mas a confiança nesta estimativa é limitada por fatores como: número, tamanho ou qualidade dos estudos individuais, inconsistência de achados entre os estudos individuais; limitada possibilidade de generalização dos achados à prática rotineira; e falta de coerência na cadeia de evidência; e 3) baixo: quando a evidência disponível é insuficiente para avaliar os efeitos nos resultados para a saúde (INCA, 2011).

Considerando o grau de certeza dos benefícios e danos que possam ser causados à saúde, a força da recomendação foi definida em cinco níveis (Quadro 2): A, B, C, D e I, sendo “A” fortemente recomendada e “I” não recomendada. As recomendações foram organizadas de acordo com a força estabelecida pelas DBPCCU/INCA para o método de rastreamento, a idade de início e término para realização do exame e o intervalo entre um exame e outro e quanto aos métodos de tratamento no caso de exames alterados.

Quadro 2 - Força de recomendação das práticas de rastreamento do cancer do colo do útero

GRAU	DEFINIÇÃO	SUGESTÕES PARA A PRÁTICA
A	A prática é recomendada. Há alta convicção de que o benefício líquido é substancial.	Ofereça ou forneça a prática.
B	A prática é recomendada. Há moderada convicção de que o benefício líquido é substancial.	Ofereça ou forneça a prática.
C	A prática não é recomendada rotineiramente. Há alta ou moderada convicção de que o benefício líquido é pequeno.	Ofereça ou forneça a prática apenas se outras considerações embasam esta decisão.
D	A prática não é recomendada. Há alta convicção de que os danos superam os benefícios.	Desencoraje o uso desta prática.
I	A evidência atual é insuficiente para avaliar o balanço entre os danos e benefícios decorrentes da prática.	Se oferecer a prática, pacientes devem entender que existem incertezas quanto aos danos e benefícios.

Fonte: Adaptado de INCA, 2011.

No caso de exames alterados, as DBRCCU/INCA estabelecem a forma de seguimento que deverá ser dada, de acordo com o tipo de lesão identificada. Por se tratar da etapa de tratamento do CCU, que não compreende o foco deste trabalho, os fluxos de cada seguimento não serão abordados. Assim, o quadro 3 apresenta a recomendação e o respectivo grau de certeza estabelecido pelas DBRCCU/INCA para as etapas do rastreamento que envolvem diretamente a prevenção e detecção precoce do câncer.

Quadro 3- Força das recomendações para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil

RECOMENDAÇÃO	FORÇA DE CERTEZA
O método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico.	A
O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual.	A
O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos com intervalo anual.	A
Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.	B
Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.	B

Fonte: Adaptado de INCA, 2011.

O ECp é a forma mais eficaz de identificação do CCU. Esse exame visa identificar lesões precursoras de câncer a fim de tratar precocemente e evitar a invasão do câncer no tecido uterino. A faixa etária da estratégia de rastreamento no Brasil inclui mulheres de 25 a 64 anos que já tenham iniciado a atividade sexual. A identificação de maior incidência da doença em mulheres acima dos 30 anos explica esse período. Após os 64 anos, tendo apresentado dois exames negativos (normais) a mulher não precisa mais realizar o rastreio. Ao iniciar a realização do exame, as mulheres devem repeti-lo com o intervalo de um ano até apresentarem dois exames negativos. Depois disso, a frequência de realização passa a ser trienal, dado o lento curso de desenvolvimento da doença, que leva de 3 a 5 anos para ser identificada (INCA, 2011).

Essas recomendações não se aplicam a mulheres com história prévia de lesões precursoras do câncer do colo uterino, que devem ser acompanhadas de acordo com a lesão que apresentaram, ou nas situações especiais de imunossupressão, ou seja, em mulheres que possuem qualquer deficiência imunológica, como é o caso daqueles que portam o vírus HIV e/ou as que fazem uso de medicamentos corticosteroides. No caso daquelas que possuem HVI/aids, o acompanhamento será realizado de acordo com a contagem de células CD4+, que geralmente exigem um intervalo de rastreamento menor do que as demais mulheres (INCA, 2011).

Ainda como estratégia de prevenção do CCU, recentemente foi inserida no calendário básico de vacinação brasileiro a vacina contra o HPV, para a população feminina de 13 a 14 anos, como forma de prevenir o contágio da doença. A adoção da vacina não exclui a necessidade de realizar o ECp após a iniciação da atividade sexual, visto que protege apenas contra os subtipos de HPV mais oncogênicos, sendo importante combinar as estratégias de prevenção (DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SANTA CATARINA- DIVE/SC, 2014).

Mundialmente, a implementação de programas de prevenção e controle do CCU contribui para o alcance dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio por meio do acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva para melhorar a saúde da mulher, para a Estratégia Mundial para Saúde da Mulher e da Criança, lançada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2010, e para a Declaração Política da Reunião de Alto Nível de Assembleia Geral das Nações Unidas de 2011 sobre Doenças Não Transmissíveis (OPAS, 2013).

No Brasil, a importância da detecção precoce do CCU foi afirmada no Pacto pela Saúde em 2006 e no Coap em 2013, por meio da inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios, para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda nacional de saúde.

2.3.3 Cobertura de exame citopatológico do colo do útero

Com a regulamentação do SUS, através do Decreto 7.508/2011, a concepção de VS passou a compreender também uma dimensão gerencial, sendo entendida como elemento essencial para o planejamento e gestão em saúde. Nesse sentido, a VS consiste em um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos

relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas para a proteção da saúde da população (BRASIL, 2013a).

A informação em saúde constitui-se uma ferramenta da VS, utilizada na administração e gerenciamento dos serviços da APS, fazendo parte de um processo de identificar os problemas, bem como desenvolver as ações programadas para buscar alternativas de solucioná-los (BRASIL, 2010a). Através de SIS a informação fornece um panorama do trabalho realizado no território e o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, sendo um instrumento fundamental para o desenvolvimento das atividades na APS (PETERLINI; ZAGONEL, 2006). Nesse sentido, a vigilância local requer a alimentação de SIS, bem como sua organização e gestão, e a atuação com base na análise de indicadores de saúde (ADDUM; et al., 2011; MARCOLINO; SCOCHI, 2010)

Indicadores expressam, além das clássicas dimensões de estrutura, processo e resultado, a forma como as questões sociais, econômicas e ambientais interferem na saúde, buscando incorporar, como dimensões transversais, a desigualdade e as possibilidades abertas à participação social, sem abrir mão de uma abordagem epidemiológica. São variáveis suscetíveis à mensuração direta, produzidos com periodicidade definida e critérios constantes, que refletem o estado de saúde de uma população (BRASIL, 2010a).

Consistem em elementos essenciais para os processos de monitoramento e avaliação, pois permitem uma análise crítica de uma situação, auxiliando o processo de tomada de decisão e contribuindo para a melhoria contínua dos processos organizacionais (BRASIL, 2013b). A avaliação de programas e serviços de saúde tem possibilitado o desenvolvimento de estudos com diferentes enfoques: cobertura, acesso, efetividade, eficiência, satisfação do usuário, qualidade técnico-científica entre outros (ALBUQUERQUE, et al., 2009).

Cobertura define-se pela extensão da população que se beneficia com determinada intervenção/serviço de saúde. Avaliar a cobertura de uma intervenção constitui um pré-requisito de programas de saúde, a fim de discutir qualidade e impacto efetivo de determinada intervenção, pois antes de tudo é necessário que ela seja oferecida à população. Além disso, permite analisar comparativamente o desempenho em saúde e avaliar o alcance das metas pactuadas (BRASIL, 2013b).

Atualmente, a pactuação de saúde proposta pelo Coap envolve 67 indicadores, sendo 33 universais, que expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, levando em consideração os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional, correlatos aos indicadores do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente; e 34 indicadores específicos, que expressam as características epidemiológicas locais e de organização e de desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades do território (BRASIL, 2013b).

A cobertura de ECp consiste em um indicador universal, previsto no Coap. É definida pela razão entre os exames realizados na população feminina de 25 a 64 anos e o número de mulheres dessa faixa etária, em determinado local e período. Para sua avaliação, definiu-se a razão de 0,30 ao ano, o que significa dizer que 30% da população feminina na faixa etária alvo deverá ser rastreada nesse período. Isso requer um reajuste no denominador da fórmula do indicador (Figura 2), que passa a ser 1/3 das mulheres na faixa etária alvo. Ao final de 3 anos, pelo menos, 90% das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos deverão ter sido submetidas ao rastreamento.

$$\text{RAZÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO} = \frac{\text{NÚMERO DE EXAMES CITOPATOLÓGICO REALIZADOS EM DETERMINADO LOCAL E PERÍODO}}{\text{1/3 DA POPULAÇÃO FEMININA DE 25 A 64 ANOS DO MESMO LOCAL E PERÍODO}}$$

Figura 2- Fórmula para cálculo anual do indicador de cobertura de exame citopatológico do colo do útero

Fonte: BRASIL, 2013b.

Segundo a OMS (2014), para se obter um impacto significativo na mortalidade por câncer do colo do útero a cobertura de exames deve atingir 80% ou mais da população-alvo. No entanto, assegurar ampla cobertura de ECp tem sido um dos desafios dos programas de rastreamento, em especial em países em desenvolvimento (VALE et al., 2010; CORRÊA, VILLELA, ALMEIDA, 2012). Análise da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), em 2008, mostrou que o percentual de mulheres de 25 a 64 anos

com ECp era de 80% (IBGE, 2010). A oferta de exames realizados pelo SUS, atualmente, seria suficiente para a cobertura da população feminina na faixa etária prioritária, no entanto, observa-se que grande parte dos exames são ofertados como repetições desnecessárias em intervalos menores do que o recomendado (INCA, 2012).

No Brasil, acrescenta-se ainda o fato do rastreamento cervical ser predominantemente oportunístico, atendendo às mulheres que já estão na unidade de saúde, sem maiores esforços para o direcionamento à população sob maior risco, uma vez que a maioria dos atendimentos é limitada às mulheres mais jovens em busca dos cuidados primários de saúde, pré-natal e planejamento familiar. Soma-se a isso, a repetição frequente dos exames a uma mesma mulher, qualidade heterogênea do exame, falta de controle sob a introdução de novas tecnologias e baixo nível de monitoramento de dados e indicadores (VALE et al., 2010; CORRÊA, VILLELA, ALMEIDA, 2012).

A VS utiliza indicadores técnicos e operacionais, e sua construção depende das informações que derivam da Atenção Primária, Secundária e Terciária do território regionalizado. Para que esses indicadores sejam fidedignos e mostrem um retrato muito próximo da realidade regional, é necessário que os dados dos serviços de saúde sejam também fidedignos, pois o dado é a base da informação (ADDUM; et al., 2011; MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

O trabalho das eSFs, a partir das ferramentas da vigilância, envolve também o monitoramento de indicadores programados para o nível local (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009). O monitoramento, ou acompanhamento contínuo de informações relevantes, propõe-se a verificar mudanças nas informações e inclui a definição da temporalidade para coleta e sistematização de dados. Esse processo visa à coleta de informações, em tempo oportuno, para subsidiar as decisões, com vistas à sustentabilidade das ações em saúde (TAMAKI, 2012). Assim, as ações para o controle do CCU devem ser frequentemente monitoradas (ALBUQUERQUE, et al., 2009).

O maior desafio, no entanto, é ter um sistema de saúde que ofereça à mulher serviços de boa qualidade para a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer cervical, de forma a reduzir a alta carga da doença (VALE et al., 2010). Para isso, faz-se necessário a utilização contínua de indicadores de saúde e o acompanhamento das ações planejadas pela eSF, a fim de torná-las efetivas à saúde das mulheres. Integrar as ações de vigilância à atenção primária implica, desta forma, além da execução de ações que considerem a

realidade local do território, a identificação conjunta de prioridades, tanto com a equipe quanto com a comunidade, o compromisso efetivo com a saúde da população, e a gestão efetiva das informações produzidas pela eSF para, com isso, facilitar e aprimorar os processos de vigilância e gestão em saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo é composto pelo artigo “Ações de Vigilância à Saúde e a Cobertura de Exame Citopatológico do Colo do Útero: uma revisão integrativa”, o qual apresenta o “estado da arte” sobre as ações de vigilância à saúde desenvolvidas para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero e sua relação com a cobertura de ECp.

O presente artigo corresponde ao disposto na Instrução Normativa n. 10 de 15 de Junho de 2011 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC), que trata da elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de mestrado e de doutorado em enfermagem.

3.2 ARTIGO 1: AÇÕES DE VIGILÂNCIA À SAÚDE E A COBERTURA DE EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura publicada no período de 2005 a 2013 sobre ações de vigilância à saúde que contribuem para o aumento da cobertura do exame citopatológico de colo de útero. A busca foi realizada entre abril e maio de 2014, utilizando-se os descritores vigilância da saúde; câncer de colo uterino; teste de Papanicolau; e seus respectivos termos em inglês e espanhol. De 330 artigos encontrados, 33 corresponderam aos objetivos do estudo, sendo que 3 estavam indexados na LILACS, 22 na CINAHL, 5 na MEDLINE e 3 na SCOPUS. Foram evidenciadas ações de promoção e prevenção à saúde que contribuíram para o aumento da cobertura de exame citopatológico, à medida que possibilitaram novas maneiras de acesso e informação em saúde, promovendo maior conhecimento e adesão das mulheres ao exame, e instrumentalizando os profissionais para a gestão eficaz da estratégia de rastreamento.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde. Câncer de Colo Uterino. Teste de Papanicolau. Cobertura de Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero tem se configurado como um problema de saúde pública em todo o mundo, apresentando maiores taxas de morbimortalidade em países em desenvolvimento. No Brasil, este é o quarto tipo de câncer que mais acomete as mulheres, com uma estimativa de 15.590 casos novos até 2015, apesar de se tratar de uma doença curável e com ações de prevenção e detecção precoce disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (INCA, 2014).

A incidência e mortalidade por câncer são influenciadas tanto por fatores clínicos e socioeconômicos, relacionados ao modo e condições de vida das mulheres, como também pela disponibilidade e qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde (SILVA, et al., 2008). As ações de controle do câncer do colo do útero (CCU) são desenvolvidas através de prevenção primária, que incluem a promoção e a proteção, as quais visam proporcionar comportamentos e estilo de vida saudáveis, especialmente para evitar o contágio pelo Vírus Papiloma Humano (HPV), principal agente causador da doença; e de prevenção secundária, por meio do rastreamento periódico e detecção precoce de lesões precursoras do câncer (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013).

O rastreamento, no Brasil, é desenvolvido através do exame citopatológico (ECp), conhecido popularmente como teste de Papanicolau, um método simples e de baixo custo que representa a melhor forma de rastreio do câncer do colo do útero (CCU) (SANTOS; MELO; SANTOS, 2012). Esta qualidade se deve a sua alta especificidade para detectar alterações cervicais em mulheres sadias (PIAS; VARGAS, 2009) e ao seu impacto de cerca de 80% na redução da taxa de mortalidade pelo câncer do colo de útero (SANTOS; MELO; SANTOS, 2012).

O ECp permite identificar alterações no epitélio cervical que indiquem a presença de lesões precursoras do câncer ou a própria doença. O rastreamento através do ECp é destinado a mulheres de 25 a 64 anos, população de maior incidência da doença, as quais devem realizar a coleta a cada três anos, após dois exames anuais negativos (normais) (INCA, 2011). A estratégia criada pelo Ministério da Saúde (MS) para controlar e reduzir a mortalidade por CCU visa garantir a cobertura de ECp a, pelo menos, 30% da população alvo em um ano (BRASIL, 2013a).

A cobertura de ECp corresponde a um indicador de gestão utilizado para analisar o acesso aos serviços de saúde da atenção primária (APS) do SUS.

Este indicador é definido pela razão entre os exames realizados na população-alvo em determinado local e período e um terço da população-alvo no mesmo local e período. A avaliação desse indicador é realizada anualmente, sendo o parâmetro adotado para essa avaliação a razão de 0,30, o que corresponde a 30% de mulheres com ECp em um ano. Dessa forma, no período de três anos (periodicidade recomendada para o rastreamento), pelo menos 90% das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos terão realizado o ECp (BRASIL, 2013a; 2013b).

As recomendações para coleta do exame, periodicidade, população-alvo e meta a ser alcançada para o indicador de cobertura do ECp, baseiam-se em estudos que evidenciam a eficácia da estratégia de rastreamento na redução da morbimortalidade por câncer (INCA, 2011; ANTTILA et al, 2009; NICULA et al, 2009). Para manter as taxas de morbidade e mortalidade nos menores percentuais possíveis, no entanto, é necessário que profissionais da área da saúde, em especial enfermeiros da atenção primária que atuam diretamente na operacionalização dessa estratégia, sigam as recomendações em todas as etapas que envolvem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento do CCU. Desta forma, as ações de vigilância em saúde desenvolvidas pelos profissionais precisam ser constantemente acompanhadas e avaliadas, uma vez que impactam diretamente na qualidade das estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero (SANTOS; MELO; SANTOS, 2012).

Nesse sentido, e considerando que as ações profissionais refletirão no sucesso da prevenção e controle do CCU, este estudo objetivou evidenciar, nas publicações científicas da área, as ações de vigilância à saúde, desenvolvidas na prevenção e controle dessa doença, que contribuem para o aumento da cobertura do ECp.

MÉTODOS

Esta revisão integrativa da literatura reúne e sistematiza resultados de pesquisas sobre ações de vigilância desenvolvidas como estratégia para a prevenção e controle do CCU e o aumento da cobertura do ECp. Foi realizada de acordo com o modelo de Mendes, Silveira e Galvão (2008), a partir de um protocolo previamente elaborado e validado, contendo as seguintes etapas: 1) definição das perguntas de pesquisa; 2) amostragem ou busca na literatura; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos selecionados; 5) interpretação dos resultados; e 6) síntese e descrição dos resultados obtidos.

A pesquisa foi norteadada pelas seguintes questões: quais as ações de vigilância em saúde realizadas no controle e prevenção do câncer de colo uterino? Como essas ações podem contribuir para o aumento da cobertura do exame citopatológico? Inicialmente, foram selecionados os artigos que apresentaram a descrição de ações realizadas para a prevenção e controle do CCU e, após leitura criteriosa dos estudos, foram mantidos aqueles que explicitaram como essas ações contribuem para o aumento da cobertura de ECp.

A busca foi realizada em maio de 2014 nas bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Scopus, utilizando a terminologia dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS Bireme): *health surveillance*; *cervix neoplasm prevention*; e *Papanicolaou test*. Foram encontradas 11 publicações na LILACS; 210 na CINAHL; 35 na MEDLINE e 85 na Scopus, totalizando 330 documentos.

Para inclusão nesta revisão, os estudos deveriam ser resultados de pesquisas originais, publicados após a implantação da Política Nacional de Atenção Oncológica no Brasil, em 2005, compreendendo o período entre 2005 e 2013. Foram incluídos estudos publicados em inglês, espanhol e/ou português. Foram excluídos editoriais e comentários; cartas e relatos de experiência; artigos de opinião, revisão, reflexão e teórico; resumos apresentados em congressos e publicados em anais; monografias; teses e dissertações; boletins epidemiológicos; livros e documentos oficiais de programas nacionais e internacionais e estudos duplicados. De 330 artigos encontrados, 209 corresponderam aos critérios de inclusão e constituíram a primeira seleção de estudos.

A partir de uma leitura criteriosa de todos os estudos selecionados, procedeu-se à terceira etapa da revisão, na qual foi realizada a conferência e seleção final, totalizando 33 artigos. Dados como periódico, autor e ano de publicação, objetivo e método do estudo, principais resultados, conclusões e ações de vigilância desenvolvidas/analizadas que contribuíram para o aumento da cobertura do ECp foram extraídos e sistematizados em tabelas do *Microsoft Word e Excel 2013*[®].

Após análise crítica obteve-se a categoria: *Ações de vigilância à saúde que contribuem para o aumento da cobertura de exame citopatológico*. Essas ações foram agrupadas conforme duas principais práticas de controle do

câncer do colo do útero: prevenção primária e prevenção secundária (BRASIL, 2013a), resultando duas subcategorias: *Ações de promoção e prevenção primária do câncer do colo do útero* e *Ações de prevenção secundária do câncer do colo do útero*.

RESULTADOS

Os resultados desta revisão apresentam a caracterização dos estudos, seguida da análise descritiva das subcategorias obtidas através da síntese do conhecimento científico produzido e publicado internacionalmente, no período de 2005 a 2013.

Caracterização dos estudos

Dos 33 artigos selecionados, 22 (67%) estavam indexados na base de dados CINAHL, 5 (15%) na MEDLINE, 3 (5%) na LILACS e 3 (5%) na Scopus. 29 periódicos compuseram o rol de publicação, sendo que o *American Journal of Public Health* apresentou 3 (9%) estudos, o *Journal of Women's Health* e o *Public Health Nursing* 2 (6%) estudos, cada um. Demais revistas apresentaram somente um (3%) artigo. O ano de 2010 foi o que mais apresentou publicações com 8 (25%) estudos, seguido por 2012 com 6 (18%), 2009 com 5 (15%). Os anos de 2008, 2007, 2006 e 2005 apresentaram 3 (9%) estudos, cada um, e 2013 apresentou 2 (6%) estudos. Não houve publicações no ano de 2011.

Com relação ao país de realização das pesquisas, os Estados Unidos da América (EUA) apresentaram 17 (52%) estudos, seguidos, em menor proporção, pela China com 4 (12%) estudos e Brasil e Canadá com 2 (6%), cada um. Os países Colômbia, Chile, Coreia, Malásia, Jordânia, Suécia, Austrália e Argentina apresentaram 1 (3%) estudo, cada um. Do total de estudos, 26 (79%) correspondem a pesquisas quantitativas e 7 (21%), a pesquisas qualitativas.

Ações de vigilância à saúde que contribuem para o aumento da cobertura de exame citopatológico

As ações de vigilância que contribuem para o aumento da cobertura do ECp estão representadas no gráfico 1. Cada ação foi identificada em mais de um artigo, sendo a Educação em Saúde a ação mais abordada pela maioria deles, aparecendo em 19 (28%), seguida pela Captação de mulheres para o exame, encontrada em 13 estudos (19%) e da Investigação de fatores que

interferem na adesão de mulheres ao exame, identificada em 12 artigos (17%).

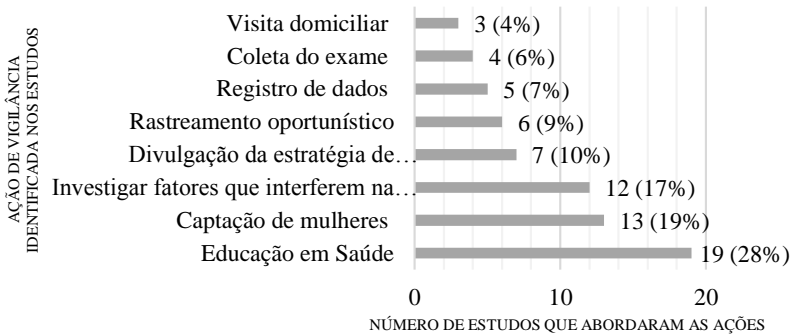


Gráfico 1- Ações de vigilância à saúde que contribuem para o aumento da cobertura de exame citopatológico

Fonte: Ribeiro e Andrade, 2014.

As ações Divulgação da estratégia de rastreamento foi encontrada em 7 estudos (10%); o Registro de dados pertinentes ao rastreio, em 6 estudos (9%); o Rastreamento oportunístico em 5 estudos (7%); a Coleta do exame em 4 estudos (6%); e a Visita domiciliar por agente de saúde foi citada em 3 estudos (4%).

Todas as ações evidenciadas nos estudos foram organizadas com base nas práticas de controle do CCU (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; SANTANA, 2013): 1) Prevenção primária, que inclui ações de promoção e proteção; e 2) Prevenção secundária, com ações específicas ao rastreamento do CCU.

O quadro 4 apresenta as ações de vigilância à saúde encontradas nos estudos, segundo a prática de controle do CCU a que correspondem.

Quadro 4- Ações de vigilância à saúde que contribuem para o aumento da cobertura de exame citopatológico por pratica de controle do câncer do colo do útero

Prática de Controle	Ações
Prevenção Primária	Visita domiciliar por Agente de Saúde
	Educação em saúde
	Identificação de fatores que interferem na adesão ao exame
	Divulgação da estratégia de rastreamento
Prevenção Secundária	Captação de mulheres
	Coleta do exame
	Rastreamento oportunistico
	Registro de dados relativos ao rastreio

Fonte: Ribeiro e Andrade, 2014.

As ações correspondentes a cada estratégia deram origem a duas subcategorias, apresentadas a seguir.

Ações de prevenção primária do câncer do colo do útero

Dentre as ações de prevenção primária, a *educação em saúde* foi a ação mais abordada pelos estudos desta revisão, como forma de aumentar a cobertura do ECp. Em geral, essa estratégia foi desenvolvida sob forma de programas educacionais destinados à população imigrante, com destaque para os estudos realizados nos EUA, e mulheres com baixa condição socioeconômica e que não possuem atendimento em sistema público de saúde e/ou seguro de saúde (MENON, SZALACHA, PRABHUGHATE, 2012; ACKERSON, 2010; TUNG, 2010; DUNN, TAN; 2010; FERNÁNDEZ; et al. 2009; ACKERSON, POHL, LOW, 2008; MOCK, et al., 2007).

As estratégias de educação em saúde evidenciadas nos estudos incluíram: elaboração de materiais educativos para serem entregues nos serviços e na comunidade, e orientação direta durante consultas individuais e visitas domiciliares. Tanto os materiais impressos quanto as orientações pessoais atentaram-se para a adaptação da linguagem (idioma, forma coloquial e cultura), a fim de atingirem efetivamente o público ao qual eram destinados (ROGERS; CANTU, 2009; MARTIN, 2008). No caso dos estudos realizados com populações imigrantes nos EUA, considerou-se a necessidade de desenvolver materiais em idiomas diferentes do inglês, como espanhol e chinês. Além disso, estudos sugeriram a inclusão de orientações a família e cônjuges, visto que algumas pesquisas evidenciaram que as mulheres

esperam por apoio familiar para a realização do exame, devido aos medos relacionados à coleta (TUNG, LU, COOK, 2010; ROGERS, CANTU, 2009; GAMARRA, PAZ, GRIEP, 2009; MARTIN, 2008; LIAO et al, 2006).

Os principais assuntos abordados por estas estratégias visavam a orientação sobre o procedimento para o exame, a fim de desmistificar crenças que desfavoreçam a adesão; a importância de coletar o exame com regularidade, abordando aspectos da doença e fatores que aumentam o risco para o seu desenvolvimento; as recomendações de periodicidade da coleta, tentando esclarecer quanto à frequência anual e trienal; a população-alvo da estratégia de rastreamento, como forma de organizar o acesso e a disposição equânime de recursos; resultados possíveis do exame e procedimentos a partir de cada caso; e outros métodos para prevenção do câncer, relacionados à promoção da saúde (FELICIANO; CHRISTEN; VELHO, 2010; TUNG, LU, COOK, 2010; PARK, CHANG, CHUNG, 2005; MARTIN, 2008).

Os estudos abordaram a educação em saúde por todos os profissionais de saúde, enfatizando a participação de agentes de saúde e atribuindo ao enfermeiro papel fundamental no desenvolvimento dessa estratégia (ROGERS; CANTU, 2009; ACKERSON, 2010; MENON, SZALACHA, PRABHUGHATE, 2012; MARSHALL et al., 2010; PARK, CHANG, CHUNG, 2005; GAMARRA, PAZ, GRIEPE, 2009). Além disso, também apontaram a importância de desenvolver estratégias em parceria com instituições de setores externos aos da saúde, para maior alcance das atividades de educação da comunidade (KESSLER, 2012; GAMARRA, PAZ, GRIEP, 2009). A parceria com igreja e outras instituições da comunidade contribuíram para reelaborar as crenças e tabus das mulheres com relação à coleta do ECp e, também, para fortalecer a rede de apoio social (KESSLER, 2012; GAMARRA, PAZ, GRIEP, 2009).

Outros estudos abordaram a *investigação de fatores que interferem na adesão de mulheres ao exame* como estratégia que amplia a cobertura de ECp. Esta abordagem permite, aos profissionais, conhecer aspectos que se interpõem como barreiras à realização do exame. Dentre os fatores, incluem-se características sociodemográficas e econômicas; cognitivas; culturais; processuais, que envolvem experiência passada de coleta do exame, aspectos emocionais como ansiedade, preocupação e medo do exame; ou, ainda, constrangimento em coletar o exame, principalmente com profissionais do sexo masculino; e situação de saúde das mulheres, atentando-se para a existência de alguma condição que implique em cuidados diferenciado para

o rastreio (MENON, SZALACHA, PRABHUGHATE, 2012, PARK, CHANG, CHUNG, 2005).

Estudo realizado com 1449 mulheres taiwanesas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), por exemplo, identificou baixa participação desse grupo na estratégia de rastreamento do câncer de colo de útero, sendo que apenas 14,7% haviam coletado o exame no ano seguinte ao diagnóstico da infecção. Informações como esta subsidiam o planejamento de novas estratégias, justificando que a investigação da situação de saúde das mulheres deve estar inserida nas práticas profissionais como forma de ampliar a participação de grupos específicos no rastreamento cervical (CHEN et al., 2013).

No Canadá, estudo mostrou que altas taxas de cobertura do ECp estão associadas com maior renda familiar, maior nível de educação, idade mais jovem e ser casada. O ensino superior, por exemplo, foi associado com uma taxa de 10% a mais na razão de cobertura do exame dentro do intervalo de triagem recomendado (KHADILKAR; CHEN, 2013). O sexo do profissional que coleta o exame, por sua vez, contribuiu para que algumas mulheres evitassem o teste de rastreio. Oferecer às mulheres a escolha de um profissional do sexo feminino pode diminuir experiências negativas associadas com o exame, promovendo o comportamento de triagem de repetição (ACKERSON, 2010).

Outra ação destacada nos estudos foi a *visita domiciliar por Agente de Saúde* como uma maneira de informar, educar e captar mulheres para o ECp. Estudo realizado no Brasil identificou que a visita domiciliar por agente comunitário de saúde foi responsável pela captação de 45,6% das mulheres selecionadas para um programa de rastreamento oportunístico do câncer uterino (MAUAD et al, 2009).

Estudo realizado na fronteira dos EUA com o México avaliou a eficácia de uma estratégia de captação de mulheres hispânicas para o rastreio, identificando dentre as que compareceram à coleta do exame, que a maioria procurou o serviço depois que recebeu a visita de um agente de saúde (FERNÁNDEZ et al. 2009). Da mesma forma, estudo realizado com imigrantes vietnamitas, que residem nos EUA, mostrou que intervenções baseadas em visitas por agente de saúde são viáveis para a captação de mulheres que já realizaram o exame alguma vez na vida, porém, não para mulheres nunca rastreadas. Neste caso, para aumentar a cobertura do exame,

são necessárias estratégias combinadas à visita domiciliar, como a divulgação das ações por exemplo (TAYLOR et al, 2010).

A *divulgação da estratégia de rastreamento do câncer de colo de útero* apareceu em sete estudos, sendo proposta através de mídia eletrônica (televisão e rádio) (MORRELL et al, 2010; DUNN, TAN, 2010; MAUAD et al, 2009; WATTS et al, 2009; MOCK et al., 2007); e impressa (boletim informativo, jornal, cartazes, *folder* e adesivos) (STUDTS et al, 2012; DUNN, TAN, 2010; TUNG, LU, COOK, 2010).

A sensibilização por mídias televisivas e rádio contribui para o alcance de populações femininas de baixa renda, promovendo comportamentos de saúde positivos, especialmente quando desenvolvidas por celebridades ou por porta-vozes de um grupo étnico (STUDTS et al, 2012; MORRELL et al, 2010; MAUAD et al, 2009). Campanhas de mídia de massa podem contribuir para a mudança de comportamentos em saúde, no rastreamento do câncer do colo do útero, especialmente quando as propagandas motivacionais forem pessoalmente relevantes para as mulheres e não visem apenas o alcance de audiência (MORRELL et al, 2010).

A divulgação por mídia impressa, por outro lado, amplia a informação de diversos grupos de mulheres à medida que os materiais circulam em vários locais. Em estudo realizado em Taiwan, com divulgação por meio de jornais, cartazes ou adesivos em locais públicos como, por exemplo, restaurantes, supermercados, *shopping centers*, contribuiu para a disseminação do rastreamento do câncer do colo do útero e elevou a participação de mulheres taiwanesas no rastreamento organizado (TUNG, LU, COOK, 2010). Da mesma forma, o uso de boletins informativos e a inclusão de agente específico para divulgação do rastreamento também foram estratégias utilizadas para recrutar mulheres para o exame, que contribuíram para o aumento da cobertura ao passo que identificou aumento na adesão (STUDTS et al, 2012; MOCK et al., 2007).

A divulgação combinada também foi proposta como estratégia para ampliar a adesão ao exame, visando tanto a educação em saúde e informação da população sobre os riscos para a doença, como divulgar a forma e locais de coleta do exame, quanto a promoção do rastreamento cervical. Combinar estratégias de divulgação amplia a capacidade de informação da população, e contribui para que mais mulheres tomem conhecimento sobre como, quando e aonde realizar o exame. Uma abordagem multimodal de estratégias de sensibilização da comunidade, especialmente usando agentes de saúde e propagandas de rádio, pode melhorar a captação para triagem em massa,

atingido melhor populações femininas de baixa renda e com baixa escolaridade (MORRELL et al, 2010; DUNN; TAN, 2010; WATTS et al, 2009; MAUAD et al, 2009).

Ações de prevenção secundária do câncer do colo do útero

Entre as ações de prevenção secundária, encontradas nos estudos, a *captação de mulheres para o exame citopatológico* apareceu em 13 deles. Em geral, foram criados sistemas de cartas de aviso e telefonemas para agendamento de exames, como forma de promover e estimular as mulheres à adesão e manutenção do rastreo cervical, em especial daquelas identificadas como de alto risco para o desenvolvimento do câncer e que estão com a coleta em atraso (PETERSON, et al, 2012; DUNN, TAN (2010); MAUAD, et al, 2009; MARTIN, 2008; LECHUGA, MARTÍNEZ, 2008; SALAS, GUZMAN, CAZOR, 2005)

Estudos evidenciaram que a captação de mulheres por telefone foi eficaz no aumento das taxas de rastreo, especialmente em serviços de atenção comunitária (DIETRICH, et al, 2006) e com mulheres de baixo nível socioeconômico, que possuem dificuldades de mobilidade (PETERSON, et al, 2012; CHANG et al, 2007). Além disso, cartas-convites enviadas por correio ou entregues em domicílio, por agentes de saúde, mostraram-se eficazes como lembretes sistemáticos da coleta de exame no período recomendado, ampliando a adesão de mulheres no rastreamento (TAYLOR, et al, 2010; CHANG et al, 2007).

Estudo realizado em Taiwan, mostrou que a captação por telefone e pelo correio melhorou a acessibilidade e participação de mulheres, identificando que 89% daquelas que passaram a frequentar o serviço de coleta, após a intervenção, nunca tinham realizado o exame. A melhoria da acessibilidade foi particularmente significativa para certos subgrupos de mulheres (idosas, viúvas e com baixo nível de escolaridade) que passaram a coletar o exame (CHANG et al, 2007).

A *coleta do exame* foi outra ação abordada pelos estudos desta revisão. Em Taiwan, estudo realizado em uma comunidade sem cobertura de exame identificou que oportunizar a coleta do ECp, por meio de Unidades Móveis em áreas rurais, distantes dos serviços de saúde, pode contribuir para inserir mais mulheres no rastreamento periódico, aumentando a cobertura da população feminina que apresenta maior risco de desenvolver a doença (CHANG et al, 2007). Da mesma forma, no Brasil, estudo realizado no

interior de São Paulo analisou o impacto da coleta em uma Unidade Móvel na cobertura do exame, identificando aumento da adesão de mulheres de comunidades sem acesso aos serviços públicos de rastreo. Além de oferecer a coleta por profissionais de saúde em Unidade Móvel, estudo realizado na Suécia disponibilizou a coleta em domicílio, através da auto-amostragem de fluido vaginal, para 3.618 mulheres com idade entre 50 e 65 anos, incrementando a cobertura, em especial, para mulheres que não tinham o hábito de procurar o serviço para a coleta do exame (LINDEL et al, 2012).

O *rastreamento oportunístico* também foi uma ação abordada em seis estudos desta revisão, como estratégia de aumento da cobertura do exame citopatológico. Quatro deles buscaram realizar o rastreo do câncer em mulheres que participaram de ações específicas para a realização de mamografias, contribuindo para o aumento da cobertura em mulheres que não estavam incluídas em estratégias de rastreamento (KESSLER, 2012; PETERSON et al, 2012; KATZ, et al, 2007; MATTHEWS et al, 2006). Igualmente, estudo realizado com mulheres que possuem diabetes identificou que o acompanhamento de mulheres com essa doença pode ser uma oportunidade eficaz no aumento do rastreo do câncer do colo uterino, já que estão regularmente nos serviços de saúde (MARSHALL et al., 2010). Outro estudo comparou a oferta do rastreo a mulheres que residem em áreas de difícil acesso ao rastreo organizado, identificando que quanto mais distante residem do local de oferta do serviço, menor é a cobertura/participação das mulheres (CHANG et al, 2007).

Além dessas ações, o *registro de dados relativos à estratégia de rastreo* também foi encontrado como uma ação que promove o aumento da cobertura do ECp. Essa ação proporciona elementos para analisar a situação das mulheres, planejar ações, gerar relatórios e garantir o monitoramento do último exame e possibilita identificar e captar as mulheres que não estão inseridas na estratégia de rastreamento (MARTIN, 2008). Além disso, disponibilidade de dados e informações referentes à população feminina permite uma análise mais completa de sua participação no ECp, reforçando a necessidade de um sistema computadorizado para melhorar a participação na estratégia de rastreo e a cobertura do exame (DIETRICH et al, 2006; FEHRINGER et al, 2005).

DISCUSSÃO

A maioria dos estudos desta revisão foi realizado em países da América do Norte, com destaque para os EUA, com mulheres imigrantes asiáticas, africanas e hispânicas, que não possuíam cobertura de saúde. Isso pode ser devido à história multifatorial do câncer uterino, que inclui entre os principais aspectos relacionados, fatores socioeconômicos. Os outros estudos apresentaram-se difusos entre a Europa, Oceania, Ásia e América do Sul, destacando-se os respectivos países: Suécia, Austrália, China e Brasil. As ações de vigilância abordadas nesses estudos representam práticas de promoção e prevenção, primária e secundária, já consolidadas como estratégias de controle do CCU.

Entre as ações de prevenção primária, a educação em saúde apresentou-se como a principal estratégia de promoção à saúde adotada para o aumento da cobertura de exames, sendo desenvolvida através de materiais educativos. A educação em saúde contribui para o entendimento de que o exame é uma forma simples de detecção precoce da doença, permitindo intervir e tratar lesões antes delas se tornarem invasivas (FELICIANO; CHRISTEN; VELHO, 2010; TUNG, LU, COOK, 2010). Essa estratégia deve considerar a cultura, língua e variação do estilo de ensino, para corresponder às necessidades de uma população em particular, e para superar obstáculos como o pouco conhecimento sobre os fatores relacionados ao câncer do colo do útero (ROGERS; CANTU, 2009). À medida que as mulheres conhecem sua finalidade, a procura pelo exame torna-se frequente, visto que entendem a necessidade e adotam uma postura ativa de autocuidado (ROGERS; CANTU, 2009; MARTIN, 2008).

Para que as estratégias de educação em saúde tenham impacto sobre a cobertura do ECp, no entanto, é necessário que os profissionais de saúde sejam permanentemente capacitados para prestar recomendações coerentes às evidências científicas (LECHUGA, MARTÍNEZ, 2008; SALAS, GUZMAN, CAZOR, 2005); sobre a forma de coleta do exame, apresentando os materiais utilizados e dando ênfase aos aspectos positivos do rastreamento (FELICIANO; CHRISTEN; VELHO, 2010; ACKERSON, 2010; LIAO et al, 2006; PARK, CHANG, CHUNG, 2005); para a coleta adequada das células, garantindo a qualidade da amostra e as peculiaridades de cada mulher, suas crenças e percepções (ACKERSON, 2010); e para o apoio e acompanhamento em casos de detecção da doença (OBEIDAT, AMARIN, ALZACHAL, 2012; PARK, CHANG, CHUNG, 2005).

Os enfermeiros foram considerados os profissionais capazes de comunicar eficazmente a informação aos pacientes, famílias e comunidade, devido à forma de cuidar proativa que desenvolvem e a posição em que ocupam nas equipes de saúde. Esses profissionais atentam-se para as línguas faladas pela população e contribuem para a conscientização sobre a importância da prevenção do CCU, influenciando um comportamento positivo de saúde e incentivando o rastreamento, especialmente em áreas mais carentes (ROGERS; CANTU, 2009; ACKERSON, 2010; MENON, SZALACHA, PRABHUGHATE, 2012; MARSHALL et al., 2010; PARK, CHANG, CHUNG, 2005; GAMARRA, PAZ, GRIEPE, 2009). Além dos enfermeiros, agentes de saúde também contribuem na execução das ações de educação em saúde e captação de mulheres, através de visitas domiciliares (MAUAD et al, 2009; FERNÁNDEZ et al. 2009).

Essa postura proativa dos profissionais se faz importante para estimular as mulheres para o rastreamento periódico e para orientá-las sobre quando procurarem os serviços. O profissional deve buscar saber do histórico de saúde dessas mulheres, bem como investigar fatores relacionados à não adesão ao rastreamento. Juntamente com o aumento da compreensão das consequências de não adesão, esforços de intervenção devem abordar estas percepções, a fim de ampliar a disponibilidade e acessibilidade ao rastreamento do câncer e aumentar a confiança das mulheres na realização do ECp (TUNG, LU, COOK, 2010).

Profissionais de enfermagem de saúde comunitária, que têm acesso facilitado à população, poderiam incorporar essas informações (crenças, barreiras e benefícios) no planejamento, organização e desenvolvimento de suas atividades, visando estimular a participação e envolvimento das mulheres no rastreamento do câncer do colo do útero (FELICIANO; CHRISTEN; VELHO, 2010; TUNG, 2010; SALAS, GUZMAN, CAZOR, 2005). Além disso, a investigação desses fatores poderia contribuir também para a elaboração e/ou avaliação de programas e políticas de saúde, de forma a responder às necessidades das mulheres em diversas populações (WATTS et al, 2009). Assim, a pesquisa e/ou discussão de fatores que influenciam a adesão ao rastreamento instrumentalizam profissionais para as práticas de promoção e prevenção primária nos serviços responsáveis pela estratégia de rastreamento (MENON, SZALACHA, PRABHUGHATE, 2012; ACKERSON, 2010; ACKERSON, POHL, LOW, 2008; LIAO et al, 2006).

A investigação instrumentaliza o profissional para o cuidado, ao permitir planejar ações coerentes à necessidade de cada mulher, bem como implementar estratégias de captação daquelas que estão fora de cobertura. Além disso, a captação de mulheres é uma estratégia que contribui para o aumento da cobertura porque trabalha também com questões subjetivas. As mulheres sentem-se cuidadas e percebem que os profissionais se importam com sua saúde, aderindo mais ao exame (PARK, CHANG, CHUNG, 2005). Desta forma, a captação baseada em uma análise da situação de saúde e do conhecimento dos fatores que interferem na adesão das mulheres ao exame permite que o profissional atue eficazmente no controle e prevenção do câncer do colo do útero (MENON, SZALACHA, PRABHUGHATE, 2012).

Práticas de prevenção devem integrar, também, estratégias de coleta, divulgação e registro de informações pertinentes ao rastreamento, para ampliar o acesso de mulheres que se encontram fora da cobertura. A coleta do exame, dentro de uma estratégia de rastreamento organizada, requer a garantia do acesso das mulheres aos serviços de coleta, bem como de comprovação diagnóstica, em casos de detecção de lesões. Para isso, a divulgação dos locais e horários dos exames, através de diversas mídias, deve integrar o trabalho de profissionais, bem como serem promovidas pelos gestores de saúde (STUDTS et al, 2012).

Múltiplos canais de comunicação aumentam o impacto das estratégias de prevenção do câncer informando a população, esclarecendo mitos relacionados ao ECp, e atraindo principalmente as mulheres que não estão em dia com o rastreamento (MORRELL et al, 2010). Além disso, materiais com linguagem adaptada, e que são prontamente disponíveis em locais de grande circulação de mulheres, fazem diferença, pois servem de lembrete sobre a periodicidade adequada para sua realização, colaborando para a manutenção da cobertura de exame (DUNN; TAN, 2010; WATTS et al, 2009).

Além da estratégia organizada, a coleta do exame de forma oportunística também pode ser eficaz no aumento da cobertura, já que busca atingir populações que estão descobertas, visando garantir-lhes o rastreamento e tratamento oportuno. Seja durante outro atendimento de saúde e/ou por meio de ação específica, como a coleta em unidade móvel, o rastreamento oportunístico pode ser um aliado para estabelecer um primeiro contato e vínculo com mais mulheres, as quais possivelmente irão aderir ao rastreamento organizado posteriormente (MATTHEWS et al, 2006). Além disso, o rastreamento oportunístico pode contribuir também para a coleta de dados e informações

que permitirão uma análise global da cobertura de exames, auxiliando na gestão da estratégia organizada (MARSHALL et al., 2010).

O registro e disponibilidade de dados reais de cobertura e ações anteriores, como data e resultado do último exame, devem integrar as ações dos profissionais, como forma de aprimorar a gestão de estratégias de rastreamento. O monitoramento, por meio de sistemas de informação e/ou prontuário eletrônico, permite acompanhar o histórico de saúde das mulheres, contribuindo para a captação eficaz daquelas que estão em falta, bem como para uma análise coerente da cobertura de exames. Nesse sentido, o uso de sistemas informatizados constitui-se um elemento imprescindível para o acompanhamento das mulheres (MARTIN, 2008; SALAS, GUZMAN, CAZOR, 2005). Além disso, acompanhar a situação de saúde e monitorar regularmente a cobertura possibilita identificar mulheres em condições que requerem cuidados especiais por terem recomendações diferenciadas para o rastreamento, promovendo práticas equânimes em saúde (CHEN et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações encontradas nesta revisão representam práticas de vigilância desenvolvidas para a promoção e prevenção do câncer do colo de útero, que contribuem para a cobertura de ECp, à medida que possibilitam novas maneiras de acesso e informação em saúde e instrumentalizam os profissionais para a gestão de estratégias de rastreamento.

O acesso ao exame é o primeiro passo para uma estratégia eficaz de prevenção e controle do câncer uterino, devendo ser assegurado a todas as mulheres e, principalmente, aquelas que fazem parte da população com maior risco. Seja nos serviços de saúde, em domicílio ou em unidade móvel, deve-se garantir que as mulheres sejam rastreadas e, principalmente, criem vínculo à estratégia, realizando a coleta periodicamente. A informação em saúde, por sua vez, deve ser uma estratégia transversal das práticas de rastreio, seja por meio de ações educativas, visando colaborar para a construção e adoção de uma postura positiva de cuidado ou através da investigação e análise de registros que assegurem maior qualidade ao agir profissional.

Ao garantir a qualidade da estratégia de rastreamento, os profissionais encontram-se comprometidos com a redução da morbimortalidade pelo câncer, bem como pelas desigualdades socioeconômicas existentes em sua área de atuação. Assim, as ações que desenvolvem são essenciais para a gestão eficaz de estratégias de rastreamento do câncer uterino, visto que

proporcionam maior acesso e participação às mulheres, promovem a cobertura da população com maior risco e apontam caminhos para a redução das taxas de morbimortalidade por essa doença.

REFERÊNCIAS

ACKERSON, K. Personal influences that affect motivation in Pap smear testing among African American women. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**. Vol. 39. n. 2. p. 136-46. Mar-Apr., 2010.

AKERSON, K.; POHL, J.; LOW, L. K. Personal influencing factors associated with pap smear testing and cervical cancer. **Policy Polit Nurs Pract**. Vol 9. n. 1. p. 50-60. Feb., 2008.

ANTTILA, A. et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. **Eur J Cancer**. Vol. 45. n. 15. p. 2649-5. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: **Diário Oficial Da União**, 9 dez. 2005. Seção 1, p.80-81.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Inter federativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Serie Articulação Inter federativa, v. 1).

CHANG, H.C. et al. Comparison of a community outreach service with opportunity screening for cervical cancer using Pap smears. **Journal of Public Health**, Vol. 29. n. 2. p. 165-172. 2007.

CHEN; Y. C; et al. Low Papanicolaou smear screening rate of women with HIV infection: a nationwide population-based study in Taiwan, 2000-2010. **J Womens Health** (Larchmt). Vol. 22. n. 12. p. 1016-22. Dec., 2013.

DIETRICH, A. J.; et al. Telephone care management to improve cancer screening among low-income women. **Annals of Internal Medicine**. Vol. 144. n. 8. Apr., 2006.

DUNN, R. A.; TAN, A. K. G. Cervical cancer screening in Malaysia: are targeted interventions necessary? **Social Science & Medicine**. Vol. 71. s/n. p. 1089-93. 2010.

FEHRINGER, G.; et al. Comparison of Papanicolaou (Pap) test rates across Ontario and factors associated with cervical screening. **Canadian Journal of Public Health**. vol. 96, n. 2. Mar-Apr., 2005.

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

FERNÁNDEZ, M. E.; et al. Effectiveness of Cultivando La Salud: a breast and cervical cancer screening promotion program for low-income Hispanic women. **American Journal of Public Health**. Vol. 99, n. 5. May., 2009.

GAMARRA, C. J.; PAZ, E. P. A.; GRIEPE, R. H. Social support and cervical and breast cancer screening in Argentinean women from a rural population. **Public Health Nursing**. Vol. 26, n. 3, p. 269-76. 2009.

INSTITUTO Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

_____. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

KATZ, M. L.; et al. Do cervical cancer screening rates increase in association with an intervention designed to increase mammography usage? **Journal of Women's Health**. Vol. 16, n. 1. p. 24-35. 2007.

KESSLER, T. A. Increasing mammography and cervical cancer knowledge and screening behaviors with an educational program. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 39, n. 1, Jan., 2012.

KHADILKAR, A.; CHEN, Y. Rate of cervical cancer screening associated with immigration status and number of years since immigration in Ontario, Canada. **J Immigrant Minority Health**. Vol. 15, p.244-248. 2013.

LECHUGA, E. N.; MARTÍNEZ, R. P. D. L. S. Uso de la citología vaginal en mujeres afiliadas al régimen subsidiado atendidas en la Unidad Hospitalaria La Manga de Barranquilla (Colombia), 2006. **Salud Uninorte**. Barranquilla (Col.). Vol. 24, n. 2, p. 191-204. 2008.

LIAO, C. C. et al. Addressing Taiwan's high incidence of cervical cancer: factors associated with the Nation's low compliance with Papanicolaou screening in Taiwan. **Public Health**. Vol. 120, p. 1170-76. 2006.

LINDELL, M. et al. Self-sampling of vaginal fluid and high-risk human papillomavirus testing in women aged 50 years or older not attending Papanicolaou smear screening. **BJOG**. Vol. 119, p.245-48. 2012.

MARSHALL, J.G.; et al. Regional variations in cancer screening rates found in women with diabetes. **Nurs Res**. Vol. 59, n. 1, p.34-41. Jan-Feb., 2010.

MARTIN, J. T. Do Women comply with recommendations for Papanicolaou smears following colposcopy? A retrospective study. **Journal of Midwifery & Women's Health**. Vol. 53, n. 2, Mar.-Apr., 2008.

MATTHEWS, A.K.; et al. A qualitative evaluation of a faith-based breast and cervical cancer screening intervention for African American women. **Health Education and Behavior**. Vol. 33, n. 5, p. 643-663. 2006.

MAUAD, E. C.; et al. Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance. **Rural and Remote Health**. Vol. 9, p. 1241. 2009.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 17, n.4, p. 758-64, 2008.

MENON, U; SZALACHA, L.A.; PRABHUGHATE, A. Breast and cervical cancer screening among South Asian immigrants in the United States. **Cancer Nurs**. Vol. 35, n. 4, p.278-87. Jul-Aug., 2012.

MOCK, J.; et al. Effective lay health worker outreach and media-based education for promoting cervical cancer screening among Vietnamese American women. **American Journal of Public Health**. Vol. 97, n. 9. Sep., 2007.

MORRELL, et al. Outcomes from a mass media campaign to promote cervical screening in NSW, Australia. **J Epidemiol Community Health**. Vol. 64, p.777-783. 2010.

NICULA, F. A. et al. Challenges in starting organised screening programmes for cervical cancer in the new member states of the European Union. **Eur J Cancer**. Vol. 45, n. 15, p.2679-84. 2009.

OBEIDAT, B.R.; AMARIN, Z.O.; ALZAGHAL, L. Awareness, practice and attitude to cervical Papanicolaou smear among female health care workers in Jordan. **European Journal of Cancer Care**. Vol. 21, p. 372-76. 2012.

PARK, S.; CHANG, S.; CHUNG S. Effects of a cognition-emotion focused program to increase public participation in Papanicolaou smear screening. **Public Health Nursing**. Vol. 22, n. 4. Jul.-Aug., 2005.

PETERSON, J. J.; et al. Improving cancer screening among women with mobility impairments: randomized controlled trial of a participatory workshop intervention. **American Journal of Health Promotion**. Vol. 26, n. 4. Mar.-Apr., 2012.

PIAS, A. A.; VARGAS. V. R. A. Avaliação dos exames citológicos de papanicolaou com células epiteliais atípicas e respectivos exames colposcópico com relação aos exames histopatológicos. **RBAC- Revista Brasileira de Análises Clínicas**. Vol. 41, n. 2, p.155-160, 2009.

ROGERS, N.M.; CANTU, A.G. The nurse's role in the prevention of cervical cancer among underserved and minority populations. **J Community Health**. Vol. 34, n. 2, p.135-43. Apr., 2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M.; SANTANA, E. W. P. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. C. S. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 11-24.

SALAS, Paola; GUZMÁN, Sergio; CAZOR, Giselle. Estrategias efectivas para aumentar la cobertura del Papanicolaou en el programa de detección del cáncer cervicouterino. **Rev. chil. salud pública**. Vol. 9, n. 1, p.12-19, 2005.

SANTOS, R. S.; MELO, E. C. P.; SANTOS, K. M. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. **Texto Contexto Enferm**. vol.21, n.4, p. 800-10. 2012.

SILVA, S. É. D. et al. Representações sociais de mulheres amazônicas sobre o exame papanicolau: implicações para a saúde da mulher. **Esc. Anna Nery**. Vol.12, n.4, p. 685-92. 2008.

STUDTS, C. R.; et al. A community-based randomized trial of a faith-placed intervention to reduce cervical cancer burden in Appalachia. **Preventive Medicine**. Vol. 54, p. 408–414. 2012.

TAYLOR, V. M.; et al. Evaluation of a cervical cancer control intervention using lay health workers for Vietnamese American Women. **Am J Public Health**. Vol. 100, p.1924-29. 2010.

TUNG, W. C. Benefits and barriers of Pap smear screening: differences in perceptions of Vietnamese American women by stage. **Journal of Community Health Nursing**. Vol. 27, p.12–22, 2010.

TUNG, W. C.; LU, M.; COOK, D. Papanicolaou Screening in Taiwan: perceived Barriers and Self-Efficacy. **Health Care for Women International**. Vol. 31, p. 421–434. 2010.

WATTS L, JOSEPH N, VELAZQUEZ A, et al. Understanding barriers to cervical cancer screening among Hispanic women. **Am J Obstet Gynecol**. Vol. 201, p. 199, 2009.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o percurso metodológico adotado na presente pesquisa. Inicialmente, será apresentado o referencial metodológico que sustentou o estudo e sua relação com o fenômeno investigado; na sequência serão descritos o desenho, a seleção dos Casos e participantes da pesquisa; posteriormente serão abordados os procedimentos para coleta, registro, organização e análise dos dados; e, por fim, serão apresentadas as considerações éticas da pesquisa.

4.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Visando corresponder à questão de pesquisa, este estudo guiou-se pelo método de Estudo de Caso de Yin (2010).

Esse método provém das ciências sociais e é muito utilizado quando se deseja entender como se comportam fenômenos sociais complexos (sejam de natureza individual, coletiva ou organizacional), em seu contexto real de vida. A contemporaneidade dos fenômenos é exigida porque, uma vez fora de seu tempo, os fenômenos passam a ser históricos. Da mesma forma, o contexto aonde esse fenômeno geralmente ocorre garante-lhe ser investigado em suas condições naturais. Assim, estudo de caso é um método que consiste em investigar profundamente um fenômeno, considerando as influências do contexto que lhe é próprio (YIN, 2010).

O fenômeno investigado neste estudo corresponde às **ações de vigilância à saúde, desenvolvidas para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero, que contribuem para o alcance da cobertura de exame citopatológico**. Como contexto de investigação optou-se pela **Atenção Primária à Saúde**, por se tratar do cenário em que as ações estratégicas da vigilância à saúde, na área em questão, são efetivadas. Assim, esse estudo fundamenta-se no referencial teórico da Vigilância Local em Saúde, que consiste no monitoramento constante da situação de saúde da população para promover a sua saúde e controlar os fatores de riscos, visando à integralidade da atenção (BRASIL, 2010c).

Amparar a pesquisa em um referencial teórico é essencial para a realização de estudos de casos. O papel da teoria nos estudos de caso é subsidiar a formulação das estratégias de coleta de dados, além de permitir a generalização analítica dos resultados encontrados. Essa teoria deve ser elaborada previamente à condução da investigação pois, a partir das proposições teóricas relacionadas ao fenômeno de investigação é que será definido o que será investigado. Assim, a orientação teórica se torna o principal veículo de generalização dos resultados empíricos da pesquisa, uma vez que estabelecerá os critérios para sua interpretação (YIN, 2010).

Além de fundamentar-se em um referencial teórico, pesquisas do tipo estudo de caso devem conter um protocolo de implementação. A utilização de protocolo é uma maneira de aumentar a confiabilidade do estudo, em especial aqueles do tipo múltiplo, permitindo que todos tenham a mesma abordagem pelo pesquisador, além de garantir-lhe o foco no objeto de estudo. Deste modo, o protocolo consiste em uma agenda padronizada para a linha de investigação que será desenvolvida com cada unidade de análise, em cada caso (YIN, 2010).

Nesta pesquisa, o Protocolo de Estudo de Caso (Apêndice A) foi organizado em quatro seções: a) visão geral do estudo: proposições teóricas, pergunta e objetivos da pesquisa; b) procedimentos de campo: forma de acesso e de saída de campo e plano de coleta de dados; c) questões de investigação: roteiros de cada procedimento de coleta de dados; d) guia para o relatório do estudo: roteiro para o relatório do estudo (YIN, 2010).

É importante destacar que o protocolo não visa à adesão rígida aos procedimentos predeterminados, devendo ser constantemente avaliado e, se necessário, reformulado pelos pesquisadores (YIN, 2010). Neste estudo, a aplicação de um protocolo facilitou a coleta dos dados, reduzindo a possibilidade de se desviar do foco do estudo durante a replicação de cada Caso.

4.3 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso múltiplo, de abordagem qualitativa. Estudo de caso, segundo Yin (2010), consiste em um processo de indagação que se caracteriza por um estudo detalhado, compreensivo, sistemático e em

profundidade do caso objeto de interesse. Podem ser do tipo único ou múltiplo. Os do tipo único representam um caso “crítico” da teoria existente, uma circunstância rara ou algo revelador. Os do tipo múltiplo representam um conjunto de casos individuais que contribuem para a compreensão de um mesmo fenômeno, para o qual busca-se investigação.

Nos estudos de casos múltiplos utiliza-se a lógica da replicação, ou seja, os casos analisados um a um formam um conjunto representativo do objeto investigado, compondo um estudo múltiplo. Nessa lógica, cada “caso” consiste em um estudo completo, sendo explorado, descrito e analisado individualmente. O que vai torná-los parte integrante do mesmo estudo é a convergência das evidências de cada um à questão da pesquisa (YIN, 2010).

O estudo de casos múltiplos visa conhecer a realidade de vários cenários dentro de um mesmo contexto, sendo naturalmente comparativo, visto que os casos serão contrastados para corresponder à pergunta de pesquisa. As evidências com este desenho metodológico são consideradas mais convincentes devido a sua ampla abrangência para análise e interpretação dos dados, tornando as conclusões analíticas mais contundentes. Por este motivo, tornam-se mais valiosos do que o do tipo único (YIN, 2010).

Essa abordagem do método, aliada à natureza do fenômeno pesquisado, justifica a escolha do estudo de caso múltiplo para este estudo. Da mesma forma, a natureza da pergunta de pesquisa caracteriza-o como exploratório e exige a utilização de técnicas descritivas. Estudos de caso exploratórios procuram esclarecer e proporcionar uma visão geral em dimensões ampliadas acerca de um fato, buscando saber **como** ele se manifesta, de que sofre interferência e como as suas variáveis se inter-relacionam. Já a aplicação de técnicas descritivas permite ao pesquisador uma melhor compreensão do comportamento do fenômeno investigado, a partir do contexto no qual ele ocorre, facilitando a análise e compreensão dos casos (YIN, 2010).

A pesquisa de abordagem qualitativa preocupa-se com os indivíduos e seu ambiente. Esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos somente são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores (MINAYO, 2007). Assim, considerando o desenho delineado para este estudo, buscar-se-á analisar os dados a partir de uma abordagem qualitativa, visando corresponder à questão de pesquisa projetada.

4.4 CONTEXTO E CASOS DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no contexto da APS do município de Florianópolis, Santa Catarina (SC). Florianópolis consiste em uma das regionais de saúde do Estado, atuando como referência para 21 municípios. Possui uma população de 453.285 (100%) habitantes, sendo 218.462 homens e 234.823 (51,8%) mulheres, sendo que 135.245 (57,6%) delas estão na faixa etária de 25 a 64 anos.

A rede de serviços da APS de Florianópolis/SC está organizada em 05 distritos sanitários (DSs): Centro, Continente, Sul, Norte e Leste. Cada DS comporta de 14 a 27 eSFs, distribuídas em 49 centros de saúde (CSs), de acordo com a população residente no território (FLORIANÓPOLIS, 2013a).

Para escolha dos Casos deste estudo foi necessária a realização de levantamento da cobertura de ECp no município. O levantamento foi feito durante a participação voluntária em projeto de pesquisa e extensão do PET-Saúde – VS, intitulado *Vigilância em Saúde sob a perspectiva da Rede de Atenção: diagnóstico a partir dos indicadores de saúde*.

Como parte do levantamento, foi realizado o estudo sobre o indicador de cobertura de ECp. Esse indicador é definido pela *razão do número de exames realizados a mulheres de 25 a 64 anos, em determinado local e período*, e compreende uma das prioridades do Coap pactuado no município, através do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o MS em 2013.

A meta pactuada no município segue as recomendações do MS, de atingir a cobertura de 90% das mulheres de 25 a 64 anos, sendo o parâmetro mínimo de 0,30 pactuado para cada ano (BRASIL, 2013a). A partir dessa pactuação, a gestão do indicador de cobertura passou a ser realizada pelo serviço de VE do município, através da área técnica responsável pela vigilância de DANTs, com a qual o levantamento foi realizado.

O levantamento compreendeu o período de 2009 a 2013 visando analisar a tendência da cobertura no município. Além de permitir selecionar os casos deste estudo, o levantamento também contribuiu com as atividades do serviço de VE/SMSF, que estava, à época, assumindo a área de vigilância do CCU. Parte dos resultados deste levantamento serviu para análise do indicador e da estratégia de rastreamento no município e foram publicados em um boletim epidemiológico da VE. A cobertura dos DSs em 2013 serviu como base de

análise para a seleção dos casos desta dissertação. Para identificá-la, foi realizado inicialmente o cálculo de um terço da população feminina de 25 a 64 anos e o levantamento do número de exames realizados em cada CS e aplicada a fórmula descrita anteriormente, para o cálculo da razão em cada um deles.

Os dados foram acessados a partir do Siscolo, do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS) e do SISCAN do município. O Siscolo consiste no banco de dados oficial para coleta de dados relativos ao ECp. No entanto, antes de 2011 houve uma perda de dados desse sistema no município e, por isso, o número de exames realizados em 2009 e 2010 foi coletado através do SIA-SUS. Esse sistema apresenta a produção de procedimentos dos serviços do SUS, permitindo identificar a cobertura de ECp atingida em cada unidade de saúde. A partir de novembro de 2013, iniciou-se a implantação do Siscan no município, sistema que integra e substitui o Siscolo e o Siscam. Desta forma, os exames realizados no mês de novembro e dezembro de 2013 foram acessados, complementarmente, no Siscolo e no Siscan.

Já os dados referentes à população feminina na faixa etária alvo, foram acessados no banco de dados da SMSF, através da página *web* da prefeitura municipal. A base populacional utilizada pela SMSF considera a Estimativa 2013 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada em 2010.

A tabela 1 apresenta uma síntese da cobertura de ECp nos cinco DSs do município, em 2013.

Tabela 1- Razão de exames citopatológico nos cinco Distritos Sanitários de Florianópolis em 2013

DISTRITOS	RAZÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO
Centro	0,18
Continente	0,27
Sul	0,38
Norte	0,46
Leste	0,26

Fonte: SISCOLO; SISCAN; SIA-SUS; FLORIANÓPOLIS, 2013b.

Conforme apresentado na tabela 1, dois DSs alcançaram a razão mínima de 0,30, o DS Sul e o DS Norte, ficando os DSs Centro, Continente e Leste

abaixo disso. Nesse sentido, o DS selecionado para esta pesquisa foi aquele que apresentou a maior cobertura de CP em 2013: o DS Norte (46%).

O DS Norte representa o contexto deste estudo, no qual se insere cada Caso. A figura 2 ilustra o território do DS Norte e a área (cores) correspondente a cada um de seus CSs, que também possuem um contexto específico para o qual será dada ênfase nos resultados da pesquisa, de acordo com os casos selecionados.



Figura 3 - Território do Distrito Sanitário Norte dividido em áreas dos Centros de Saúde

Fonte: FLORIANÓPOLIS, 2013.

No território do DS Norte há 11 CSs, os quais atendem a uma população de 96.255 (100%) habitantes, sendo o segundo mais populoso de Florianópolis. A população feminina do DS Norte é formada por 49.006 (50,9%) mulheres, sendo a segunda maior do município. Desse contingente, 28.120 (57,4%) possuem entre 25 e 64 anos. Em relação à população feminina com essa faixa etária em Florianópolis, o percentual de mulheres na mesma faixa etária atendidas nos CSs do DS Norte corresponde a 20,8%.

Cada CS possui entre 1 e 5 eSFs, sendo que em cada equipe há um enfermeiro. Essas eSFs, juntas, compõem a cobertura de ECp do CS anualmente, o que indica a necessidade de inserir na pesquisa todas as eSF dos CSs selecionados que apresentarem mais de uma. A integração das

equipes contribui para uma compreensão maior das ações desenvolvidas na prevenção e controle do CCU e alcance da cobertura de ECp.

A cobertura de ECp do DS Norte considera os exames realizados em todos os serviços de seu território, porém, para a seleção dos Casos, considerou-se apenas os exames realizados nos CSs. A partir do levantamento da cobertura de ECp em cada CS do DS Norte (Tabela 2), foi possível definir os casos deste estudo.

Ao todo, foram realizados 3.799 ECp em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos no DS Norte, em 2013. Nenhum CS atingiu a meta de 75% nesse período. Porém, nove deles (CSs 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9) atingiram o parâmetro mínimo de 0,30, recomendado pelo MS. Os CSs 1, 2 e 3 apresentaram uma razão acima de 0,60. Quatro deles (CSs 4, 5, 6 e 7) apresentaram uma razão entre 0,40 e 0,60. Os CSs 8, 9 e 10 apresentaram uma razão entre 0,20 e 0,40 e o CS 11 não realizou exames no período.

Tabela 2 - Número de exames realizados na população alvo, um terço das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e cobertura de exame citopatológico por Centro de Saúde do Distrito Sanitário Norte, em 2013

Centro de saúde	Número de exames citopatológico na população alvo	1/3 de mulheres com 25-64 anos	Cobertura de ECp
CS 1	1375	1849	0,74
CS 2	174	249	0,70
CS 3	279	410	0,68
CS 4	298	527	0,56
CS 5	257	471	0,55
CS 6	685	1523	0,45
CS 7	61	149	0,41
CS 8	125	397	0,31
CS 9	391	1291	0,30
CS 10	154	720	0,21
CS 11	0	703	0,00

Fonte: SISCOLO; SISCAN; SIA-SUS; FLORIANÓPOLIS, 2013.

Para inclusão neste estudo, foram estabelecidos dois critérios, sendo que um deles relacionou-se com os CSs e o outro com os participantes da pesquisa. O critério relacionado aos CSs foi: ter apresentado, em 2013, uma

cobertura de ECp maior do que a cobertura do DS Norte (0,46), uma vez que os valores acima dela contribuíram para que ela fosse a maior do município. Desse modo, cinco CSs corresponderam a este critério: CS 1, CS 2, CS 3, CS 4 e CS 5, todos com uma cobertura acima de 50% e variando entre 55 a 74%.

O critério relacionado aos participantes da pesquisa foi atuar há mais de ano no CS selecionado, de forma que tenham participado no desenvolvimento de ações de vigilância do CCU em 2013 e contribuído para o alcance da cobertura de ECp naquele ano. Os participantes incluídos no estudo correspondem, nos Estudos de Caso, a Unidades de Análise, a partir das quais o fenômeno investigado é compreendido em cada Caso. A seguir, será abordada a seleção das unidades deste estudo.

4.5 INSERÇÃO EM CAMPO E SELEÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE

A inserção em campo deu-se através de contato telefônico com a gerente de enfermagem do município, que autorizou a pesquisa e agendou uma reunião para apresentação do projeto. Após a apresentação e comprovação de autorização do Comitê de Ética da UFSC, em reunião dos enfermeiros do DS Norte no mês de abril de 2014, a coordenadora de enfermagem desse DS autorizou o contato com os coordenadores dos CSs.

O contato com esses coordenadores foi realizado em maio de 2014. Em cada um deles foi agendada uma reunião para apresentação do projeto. Na maioria deles, a reunião contou com a presença de enfermeiros das eSFs, possíveis participantes do estudo. Naqueles em que esses profissionais não puderam estar presentes, foi agendada nova reunião para apresentação da pesquisa a cada um deles.

Como já foi mencionado, em Estudos de Caso os participantes são denominados como Unidades de Análise (UA). Os estudos de caso podem incluir uma única UA, como também múltiplas delas. A UA pode ser um indivíduo, um grupo deles, ou uma organização em si. Para um mesmo caso, desde que em um mesmo contexto e visando corresponder ao objeto de estudo, é possível integrar diversas UAs (YIN, 2010).

Para participar da pesquisa, além de ser enfermeiro de eSF, principais responsáveis pelo desenvolvimento das ações de vigilância do CCU na APS,

estabeleceu o critério de atuar há pelo menos um ano no CS selecionado. Esse critério é importante porque considera-se que aqueles enfermeiros que não atuaram no ano de 2013, no CS selecionado, não tiveram relação com a cobertura de exames daquele ano, a qual serviu como critério de inclusão dos CSs/Casos neste estudo.

No CS 1, com quatro eSF/enfermeiros, aquele que possuía maior tempo de atuação no CS somava nove meses. Desta forma, esse CS foi excluído do estudo por não apresentar UAs que correspondessem aos critérios da pesquisa.

Nos CSs 2 e 3 havia uma única UA em cada um, as quais corresponderam aos critérios de inclusão do estudo. No CS 4, com duas UAs, apenas uma preencheu os critérios, sendo a outra excluída do estudo. No CS 5, com duas UAs, as duas corresponderam aos critérios e foram incluídas nesta pesquisa.

Desta forma, considerando o CS e UAs excluídos, os casos ficaram assim representados: Caso A: CS A com UA única (EA- enfermeira do Caso A); Caso B: CS B com UA única (EB – enfermeira do Caso B); Caso C: CS C com UA única (EC- enfermeira do Caso C); e o Caso D: CS D com duas UA integradas (ED 1 – enfermeira 1 do Caso D e ED 2 – enfermeira 2 do Caso D).

A descrição e caracterização dos Casos e suas respectivas UAs compreendem parte dos resultados deste estudo e serão descritos no capítulo seguinte.

4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA E REGISTRO DOS DADOS

A coleta dos dados deste estudo foi realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes e orientada pelo protocolo de Estudo de Caso, o qual permitiu a replicação do método em cada Caso.

Além de um protocolo preliminar, estudos de caso exigem o uso de múltiplas fontes de coleta de dados, a partir das quais os dados serão cruzados para chegar ao resultado final do estudo. Essa triangulação de dados permite uma abordagem maior dos aspectos relacionados ao objeto de estudo, sendo possível o desenvolvimento de “linhas convergentes de investigação”, o que confere maior confiabilidade à pesquisa (YIN, 2010, p. 143).

Nesta pesquisa, os dados foram coletados de três formas: por meio de Sistema de Informação em Saúde (SIS); de observação direta das UAs e de entrevistas semiestruturadas com as UAs. O levantamento de dados nos SIS foi o primeiro passo realizado. Esse levantamento permitiu a identificação da cobertura e seleção dos Casos que compõem este estudo, conforme descrito anteriormente. Foi iniciado em 2013 e finalizado em março de 2014.

A observação direta consistiu na segunda etapa da coleta de dados. Esse tipo de observação proporciona informação adicional do contexto e fenômeno que será estudado. Elas podem variar das atividades de coleta de dados formais, ocorrendo no ambiente próprio/natural do objeto de estudo e quando o pesquisador se planejou para observar; e informalmente, durante outras visitas ao campo (YIN, 2010).

Inicialmente, planejou-se observar as reuniões de equipe nos CSs selecionados, todavia, a participação na reunião de um deles não propiciou a coleta das informações necessárias, uma vez que o objeto de estudo não constou na pauta de discussão da eSF. Deste modo, agendou-se nova observação no primeiro caso e, antes de agendar a observação dos outros, questionou-se cada UA sobre a pauta. Como elas não podiam assegurar a inclusão deste assunto nas reuniões previamente marcadas com a eSF, a observação foi agendada para as consultas de enfermagem à mulher, nas quais são realizados os ECp. Cada UA foi observada durante 4 a 8 consultas, com uma média de 6 horas de observação de cada uma delas.

Por fim, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas. A coleta de dados por meio de entrevista consiste em uma das principais fontes de dados no estudo de caso, uma vez que a maioria delas é sobre assuntos humanos ou eventos comportamentais. Ela deve ocorrer de maneira não estruturada, com perguntas imparciais que proporcionem uma conversa fluida, guiada pela sua linha de investigação, conforme refletida no protocolo de pesquisa (YIN, 2010).

Neste estudo, a entrevista considerou questões pertinentes às ações de vigilância à saúde da mulher desenvolvidas pelas enfermeiras e suas equipes; aspectos relativos à cobertura de ECp no CS; fatores que podem interferir no alcance dessa cobertura; e como as ações desenvolvidas podem contribuir para o aumento da cobertura de ECp.

As entrevistas foram realizadas nos CSs, na data e horário agendados de acordo com a preferência de cada participante. Tiveram uma duração de 20 a

55 minutos de gravação e buscaram investigar também as questões que não ficaram claras na observação.

Visando manter a investigação de questões que possivelmente seriam abordadas em reunião e não durante as consultas, como a utilização e análise de indicadores para a definição de ações de vigilância, por exemplo, adequou-se os roteiros de observação e entrevista semiestruturada elaborados previamente. Esses roteiros constam disponíveis nos apêndices B e C.

O registro dos dados do levantamento nos SIS foi feito em planilhas do programa *Microsoft Excel*[®], versão 2013. As notas de observação foram descritas no roteiro previamente elaborado e depois descritas para o programa *Microsoft Word*[®], versão 2013. As entrevistas foram gravadas por meio de gravador digital de voz e transcritas, na íntegra, com auxílio do programa *NVivo*[®], versão 10, disponível no GEPADES.

Através da triangulação dos dados coletados no levantamento, observação e entrevista, originaram-se os Relatórios Individuais dos Casos, os quais serviram de base para a organização, análise e obtenção dos resultados.

4.7 PROCEDIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a organização dos dados, o relatório descritivo de cada caso foi importado para o *software NVivo*[®]10. Ferramentas computacionais tendem a ser especialmente úteis quando se tem uma pesquisa qualitativa com grande volume de dados ou quando é necessário cruzar informações, como é o caso dos Estudos de Caso (YIN, 2010).

O primeiro passo consistiu na categorização dos dados a partir das ações desenvolvidas em cada Caso. Para as ações desenvolvidas em cada caso, buscou-se responder à pergunta “O que é desenvolvido?”; para as estratégias, as informações foram sistematizadas buscando-se responder “De que forma é desenvolvido?”; já para os fatores, utilizou-se todos aqueles citados e identificados nos Casos.

A partir da organização das ações de vigilância, em cada Caso, foi possível identificar a maneira de implementação de cada ação, para a qual se denominou “estratégia”. As estratégias de execução de cada ação visam responder à pergunta de pesquisa deste estudo: “**como** as ações de vigilância do CCU são desenvolvidas”. Além disso, visando analisar a relação dessas

ações com a cobertura de ECp dos CSs, de acordo com os objetivos traçados para o estudo, os dados foram também organizados em “fatores relacionados com a cobertura de ECp”. Assim, o Relatório Individual dos Casos compreendeu a descrição de ações, estratégias e fatores identificados em cada um.

Após a organização dos dados, os mesmos foram exportados para o *Microsoft Word*[®], no qual foi possível criar matrizes das ações, estratégias e fatores de cada Caso. A análise de dados consistiu em organizar, categorizar ou recombinar evidências, tendo em vista as proposições iniciais de um estudo de caso (YIN, 2010).

Antes de proceder à síntese cruzada de casos, elaborou-se a integração e síntese das UAs do Caso E, de modo a representar de uma única forma o Caso em questão e visando facilitar a síntese entre os todos os casos. A integração e síntese das UAs foram realizadas agrupando-se as ações desenvolvidas pelas UAs do Caso E, as similaridades na implementação das estratégias e os fatores identificados pelas UAs.

Por fim, procedeu-se à síntese cruzada dos multicasos. A síntese cruzada é uma técnica de análise de dados utilizada em estudos de caso múltiplo, na qual se busca totalizar as descobertas ao longo da série dos casos estudados. A síntese iniciou com a contrastação das ações de cada Caso. Da mesma forma que foi realizada entre as UAs do Caso E, as ações similares foram mantidas uma única vez e as exclusivas a um ou outro Caso, acrescentadas. A mesma lógica foi realizada para as estratégias, que foram mescladas quando apresentaram homogeneidade entre os Casos e acrescentadas, quando diferenciadas.

No caso dos fatores, realizou-se o agrupamento de acordo com as confluências percebidas frente ao impacto que podem causar na cobertura de ECp. Assim, eles foram inicialmente divididos em fatores positivos e fatores negativos, visto que podem produzir aumento ou queda da cobertura, respectivamente. Considerando que os Casos apresentaram características relativamente homogêneas, procedeu-se à discussão das ações, estratégias e fatores encontrados neste estudo, a partir das confluências dos resultados aos objetivos do estudo.

A seguir será apresentada o fluxograma de replicação de Estudos de Caso múltiplo, a partir de três etapas: 1) definição e planejamento; 2) preparação, coleta e análise; e 3) análise e conclusão (Figura 4). Esse fluxograma sintetiza

as etapas seguidas no estudo, visando facilitar a compreensão da implementação do método nesta pesquisa.

Na primeira etapa, partindo-se de proposições teóricas, foram selecionados os casos e elaborado o protocolo de coleta de dados. A partir disso, procedeu-se a segunda etapa da replicação, coletando-se os dados em cada Caso. Após a coleta das informações do primeiro Caso, o protocolo foi revisto e reelaborado, devido à alteração necessária na observação do estudo para as consultas de enfermagem e não mais para as reuniões de equipe. Depois disso, realizou-se a coleta nos demais Casos. Após a conclusão de cada Caso, o relatório individual foi elaborado, proporcionando a inserção da terceira etapa do estudo. Esta etapa teve início com a síntese cruzada dos Casos, seguida da confrontação dos dados com a teoria proposta e discussão dos resultados, que representaram o relatório final dos multicaseos.

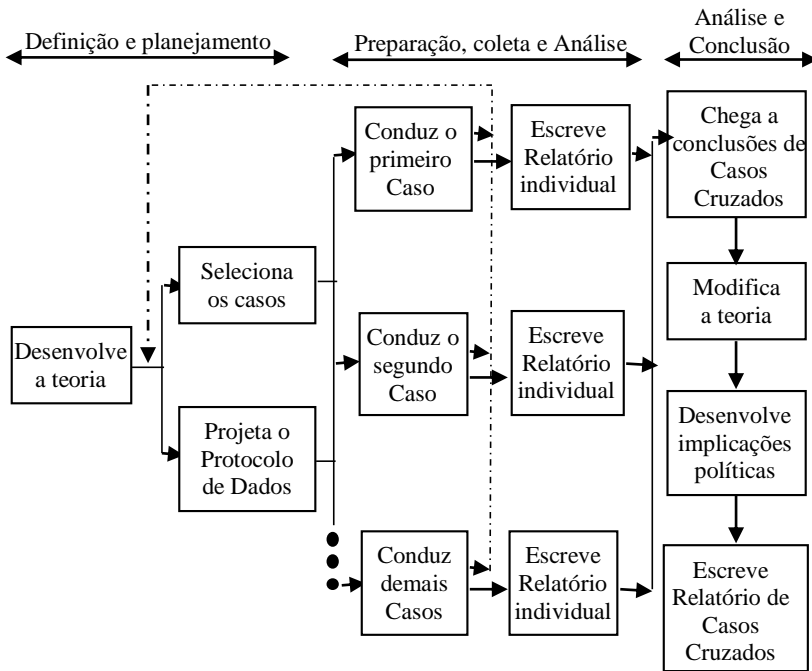


Figura 4 - Fluxograma para replicação de casos múltiplos.

Fonte: Adaptado de YIN, 2010.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovada pelo Comitê de Ética da UFSC através do parecer consubstanciado de número 549.862/2014.

Aos sujeitos da pesquisa foram realizadas todas as orientações quanto aos objetivos e métodos do trabalho e a pesquisa só teve início após a assinatura do TCLE (Apêndice E), em duas vias. Uma via foi entregue aos participantes e a outra ficou sob guarda da pesquisadora. Foram asseguradas a confidencialidade e o direito de acesso aos dados, bem como o anonimato de todos os participantes e dos CSs incluídos no estudo, através da utilização de letras do alfabeto “CS A, CS B, CS C, ...”, para os Centro de Saúde, e “EA, EB, EC, ...”, para as enfermeiras de cada Caso. Para o Caso que apresentou mais de uma enfermeira, utilizou-se código alfanumérico “ED 1, ED 2”.

A saída do campo ocorreu após o término da coleta de dados, mediante convite para banca de apresentação da pesquisa e agendamento da apresentação dos resultados em reunião dos enfermeiros. O agendamento ficou para 2015.

5 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação serão apresentados em dois momentos: no primeiro, serão descritos os relatórios individuais dos casos estudados; e no segundo, serão apresenta a síntese cruzada dos casos e a discussão dos resultados da pesquisa no formato de um manuscrito, intitulado “Vigilância do câncer do colo do útero: ações de enfermeiras na atenção primária à saúde”. Este manuscrito corresponde às normas de elaboração e apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de mestrado e de doutorado em enfermagem, dispostas na instrução normativa PEN/UFSC n. 10, de 15 de junho de 2011.

5.1 RELATÓRIO INDIVIDUAL DOS CASOS

Caso A – Centro de Saúde com Unidade de Análise única

O primeiro caso deste estudo é representado por um Centro de Saúde, denominado de CS A, e uma enfermeira (EA) representando a Unidade de Análise.

O CS A atua em uma única área de abrangência, com sete microáreas, sendo caracterizado como unidade de saúde rural. A eSF é composta por coordenador (fonoaudiólogo), enfermeira, médico, auxiliar de enfermagem e sete ACSs.

A população atendida pela eSF do CS A possui 2.259 pessoas, entre as quais 1.480 (65%) são mulheres. Destas mulheres, 789 (53%) compreendem a faixa etária de 25 a 64 anos (FLORIANÓPOLIS, 2013a).

EA possui 37 anos de idade, está formada há 14 anos e atua há 12 no CS A. Não reside na área de atuação da sua equipe, porém, afirma conhecer bem a população residente. Possui especialização em Saúde da Família e em Enfermagem em Obstetrícia.

Na análise dos dados do Caso A, foram identificadas oito ações de vigilância: a captação de mulheres para o exame; a divulgação do exame para as mulheres; a realização do exame pela enfermeira; a vacinação contra o HPV; a campanha Outubro Rosa; a avaliação das ações, com base no

indicador de cobertura; a orientação de mulheres sobre aspectos relacionados ao exame; e o seguimento das mulheres com exame alterado.

As ações e estratégias implementadas na prevenção e controle do CCU no CS A estão descritas no quadro (5) a seguir.

Quadro 5 - Ações e estratégias de prevenção do câncer de colo do útero do *Caso A*

AÇÕES	ESTRATÉGIAS
Captação para o exame	As ACSs fazem uma sensibilização nas casas, geralmente elas começam no início do ano.
Divulgação do exame citopatológico	Realizado pelas ACSs e através de encaminhamento médico.
Realização do exame citopatológico	Através de agendamento (terça e quinta o dia todo). O agendamento pode ser por telefone ou diretamente no CS.
Vacinação contra HPV	Realizada em parceria com a escola local. Inicialmente foi realizada uma palestra para sensibilizar as meninas da faixa etária (11 a 13 anos) e esclarecer as dúvidas delas. A cada menina foi entregue um termo para ser assinado pelos pais e/ou responsáveis e aquelas que retornaram na data agendada para a vacina com a autorização, foram vacinadas. Para as que não apresentaram termo, foi informado que a vacina estaria disponível no CS.
Campanha Outubro Rosa	Durante o mês de outubro a mulher não precisa agendar, ela faz o exame a qualquer momento que chegar no CS. O exame é realizado até nos sábados e é atribuído um prêmio às mulheres que realizarem. A equipe faz parcerias com salões de beleza do bairro, arrecada produtos de higiene pessoal e estética e sorteia-os no final do mês. O estímulo à participação também é realizado através da decoração do CS com artigos rosas e murais em homenagem às mulheres. As ACSs fazem a divulgação das atividades, ao visitarem as mulheres.
Avaliação das ações	Realizada uma vez por ano, durante as reuniões de enfermeiros do Distrito Sanitário. É realizado um balanço da cobertura que cada CS atingiu e das ações que realizaram. Existe uma pactuação anual de metas para o indicador. A partir da análise do indicador de cobertura, discute-se o que pode ser mantido e/ou melhorado. No CS, em algumas reuniões de equipe, também são feitas avaliações, mas isso acontece geralmente em setembro, como parte da organização para a Campanha Outubro Rosa.
Orientação das mulheres	São orientadas pela enfermeira e pelas ACSs, nas visitas domiciliares, a realizarem uma coleta anual. Para aquelas

	que levam mais de um ano para fazer o exame, quando elas procuram o CS é reforçada a orientação de coleta anual. Se está tudo bem repete o exame em 6 meses, se ele der negativo, faz mais um em 6 meses. Após esses três exames negativos a coleta passa a ser anual. No caso das mulheres com menos de 25 anos, que costumam procurar o serviço para realizar o exame, é avaliada a necessidade, com base na queixa. Porém, na maioria das vezes, o exame é coletado.
Seguimento de mulheres com exames alterados	Realizado com base no protocolo do município, que segue as recomendações do Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Câncer. Se algum der alterado, a mulher é encaminhada para a Policlínica, onde realiza colposcopia.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

O Caso A não citou realizar a orientação de ACS como uma ação de prevenção do câncer uterino, mas, realiza a captação periódica de mulheres para o exame e citou a vacinação contra o HPV como uma das mais recentes ações implantadas no programa de prevenção e controle do CCU que contribui para a cobertura de ECp.

No Caso A, em 2013, a cobertura de ECp apresentou a razão de 0,70, ou seja, 70% das mulheres com 25 a 64 anos, atendidas pela eSF do CS A, realizaram o exame. EA comentou que a cobertura, de um modo geral, pode ser influenciada por sete fatores: três elencados como positivos (contribuem para que a taxa de cobertura de exame atinja níveis desejáveis ou para que permaneça dentro dos parâmetros pactuados) e quatro como negativos (aqueles que impedem o alcance da meta de cobertura ou que podem reduzi-la de um ano para o outro), conforme apresenta o quadro 6.

Quadro 6 - Fatores que influenciam a cobertura de exame citopatológico no *Caso A*

FATORES RELACIONADOS À COBERTURA DE EXAMES NO CASO A	
POSITIVOS	NEGATIVOS
+ Ampla divulgação das ações; + Recomendação e encaminhamento médicos; + Existência de protocolos que aumentam a autonomia do enfermeiro.	- Crenças culturais e religiosas das mulheres; - Rotatividade de enfermeiros; - Profissional do sexo masculino para a coleta; - Orientação inadequada sobre a periodicidade do exame.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

Os fatores que contribuem para a cobertura de ECp, citados no Caso A, foram: *a ampla divulgação das ações da estratégia de rastreamento*, especialmente para a Campanha Outubro Rosa; *a recomendação e encaminhamento médico*, tanto da eSF quanto de outros serviços; *a adoção de protocolos pelo município, que aumentam a autonomia da enfermeira*.

Quanto aos fatores que prejudicam a manutenção/alcance da cobertura desejada, a enfermeira citou um que acontece com frequência no CS A: a interferência de *crenças culturais e religiosas das mulheres*, que evitam fazer o exame.

Apesar de não representarem um problema específico do Caso A, também foram citadas: *a rotatividade de enfermeiros*, que interfere na agenda de exames e o fato de *alguns CSs possuírem apenas profissionais do sexo masculino para a coleta do exame*, pois as mulheres ficam com vergonha de se exporem a eles.

Além dos fatores citados pela enfermeira, foi observada *inadequação na orientação dada pela enfermeira sobre a periodicidade de realização do exame pelas mulheres*, o que superestima a cobertura de ECp no CS A, uma vez que uma mesma mulher repete o exame três vezes em um ano e meio, segundo a enfermeira.

Caso B – Centro de Saúde com Unidade de Análise única

O Caso B é representado por um Centro de Saúde – CS B – e por uma enfermeira (EB) como UA.

O CS B possui uma única área de abrangência, com seis microáreas. A eSF é composta por coordenador (técnico de enfermagem), enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e quatro ACSs, sendo que duas microáreas não possuem ACS.

O CS C atende a uma população de 4.618 habitantes, sendo 2.306 (50%) mulheres e destas, 1.309 (57%) com idade entre 25 a 64 anos. Este CS não é informatizado (FLORIANÓPOLIS, 2013a).

EB tem 38 anos de idade, graduou-se há 16 anos e atua há 10 no CS D. Reside na área de abrangência do CS e afirma conhecer toda a população residente atendida por sua equipe. É especialista em Saúde Pública e em Enfermagem em Obstetrícia.

Cinco ações foram citadas pela enfermeira, as quais estão representadas no quadro 7.

Quadro 7 - Ações e estratégias de prevenção do câncer de colo do útero do
Caso B

AÇÕES	ESTRATÉGIAS
Captação para o exame	Através de visitas domiciliares pelas ACSs.
Orientação de ACSs	As ACSs são orientadas a perguntar às mulheres que visitam quando foi o último exame e se estiver há muito tempo sem fazer, agendar a consulta.
Realização do exame citopatológico	Através de agendamento (nas quartas-feiras) e por demanda espontânea (um turno de 4 horas na semana). O agendamento é realizado pelas ACSs, durante a visita domiciliar e/ou no CS. O exame é realizado ao final da consulta. Ele não é o mais importante. As mulheres são abordadas, em consulta, sobre a sexualidade, outras questões que queiram conversar, esclarecer e, por último, se for necessário, o exame é feito.
Campanha Outubro Rosa	São convidados profissionais para tratar de temas diversos, não apenas relacionado ao exame e ao câncer de colo do útero. No último ano, um fisioterapeuta abordou a incontinência urinária. Além disso, a equipe arrecada brindes para presentear as mulheres que comparecerem para a coleta de exame.
Orientação das mulheres	Sobre a frequência de realização do exame, pois é uma dificuldade das mulheres em entender que após dois exames negativos, só é necessário repetir em três anos. Para aquelas que vão todos os anos, a orientação de que não é necessário é enfatizada e, muitas vezes, a coleta é evitada. A enfermeira aborda outros assuntos em consulta e evita coletar, porém, quando a mulher insiste, mesmo não havendo critérios para a coleta, esta é feita.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

Essas ações contribuem para a cobertura de ECp do CS B que, em 2013, foi de 0,57. Essa cobertura indica que 57% das mulheres com idade entre 25 a 64 anos, atendidas no CS B, realizaram o exame naquele ano.

Quanto aos fatores que influenciam a cobertura, foram citados oito, sendo três positivos e cinco negativos, conforme descrito no quadro 8.

Quadro 8 - Fatores que influenciam a cobertura de exame citopatológico no
Caso B

FATORES RELACIONADOS À COBERTURA DE EXAMES	
POSITIVOS	NEGATIVOS

<ul style="list-style-type: none"> + Abordagem integral das mulheres; + Atuar há bastante tempo no mesmo CS; + Adesão espontânea das mulheres. 	<ul style="list-style-type: none"> - CS não informatizado; - Não realiza análise da cobertura; - Microáreas sem ACS; - Realização do exame em mulheres com menos de 25 anos; - Tabus/Vergonha/Medo relacionado a experiências de coletas traumatizantes.
---	---

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

Os fatores positivos foram relacionados ao fato de a *enfermeira atuar há 10 anos no CS B*; prestar *atenção integral à mulher* e não perceber problemas com relação à participação na estratégia de rastreamento, uma vez que *as mulheres aderem espontaneamente*.

Já os fatores considerados negativos pela enfermeira implicam dificuldades de manutenção da cobertura pelo fato de o *CS B não ser informatizado*; o fato de *não ser realizada a análise da cobertura pela enfermeira/eSF* também pode prejudicar o alcance da meta; a *falta de ACSs em algumas microáreas*, apesar de relatar que as mulheres aderem espontaneamente, reconhece que isso poderia contribuir ainda mais; e a *realização do exame em mulheres fora da faixa etária alvo, preconizada pelo Ministério da Saúde*. Além desses fatores, também foi considerada uma parcela de *mulheres que possuem medo/vergonha e tabus com relação à realização do exame* e, por isso, deixam de realizá-lo.

Caso C – Centro de Saúde com Unidade de Análise única

O Caso C é representado pelo CS C, com Unidade de Análise única, representada por uma enfermeira (EC).

O CS C divide-se em duas áreas, cada uma com seis microáreas. As equipes deste CS possuem um coordenador, representado por uma enfermeira. A área integrante deste estudo possui uma eSF composta por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e seis ACSs.

O CS C atende a uma população de 5.750 pessoas, sendo 2.920 (51%) mulheres. Dessas, 1.612 (55%) estão na faixa etária de 25 a 64 anos (FLORIANÓPOLIS, 2013a).

EC possui 37 anos de idade, é graduada há 15 anos e atua no CS C há 4. Desde a sua formação, só atuou na atenção primária à saúde (APS). Reside na área de abrangência do CS C e possui duas especializações: uma em Saúde Pública e a outra em Enfermagem em Obstetrícia.

A triangulação dos dados coletados permitiu identificar sete ações desenvolvidas no Caso C: a orientação dos agentes comunitários de saúde (ACSs) sobre a abordagem das mulheres durante as visitas domiciliares; a divulgação da agenda de coleta de exames; a campanha Outubro Rosa; a avaliação das ações de prevenção do CCU, com base na análise do indicador de cobertura; a orientação das mulheres atendidas no CS, especialmente, sobre a periodicidade de realização do exame; e o seguimento de mulheres que apresentam alguma alteração no exame. Essas ações e as estratégias de implementação executadas no Caso C estão apresentadas no quadro 9.

Quadro 9 - Ações e estratégias de prevenção do câncer de colo do útero do *Caso C*

AÇÕES	ESTRATÉGIAS
Orientação para ACSs	Durante as reuniões de equipe são dadas orientações sobre como abordar as mulheres durante as visitas domiciliares, realização pelas ACSs e informar sobre as formas de realização do exame.
Divulgação do exame citopatológico	É feita pelas ACSs, pelos profissionais da recepção, e também médicos divulgam durante a consulta individual.
Realização do exame citopatológico	Através de agendamento (dois turnos na semana) e disponibilizam um turno na semana para atendimento da demanda espontânea. O agendamento é realização por telefone ou no CS. O exame também é realização durante outros contatos com a mulher (outras consultas e idas dela ao CS).
Campanha Outubro Rosa	Todas as ações são intensificadas. A divulgação do exame passa a ser através da entrega de materiais impressos na comunidade, pelas ACSs. Reduz-se o horário de outros atendimentos para propiciar maior número de coleta do exame citopatológico.
Avaliação das ações	Realizada em reuniões de equipe, com base na análise do indicador de cobertura acessado pelo InfoSaúde e em relatórios emitidos pela Secretaria Municipal de Saúde.
Orientação das mulheres	Durante outros atendimentos, ou ao final da consulta à mulher, sobre a periodicidade de realização do exame. É dada a orientação de retirar o exame após 20 dias e, se negativo, de realizar novo exame em um ano.
Seguimento de mulheres com exames alterados	Todos os resultados de exames são anotados em um caderno de controle dos exames citopatológicos realizados no CS e no prontuário da mulher. No caso dos alterados, a mulher é informada pelo telefone a ir ao CS e solicitar pela enfermeira, que analisa o caso e faz o encaminhamento necessário.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

Além de ações e estratégias, também foi referida e observada a existência de fatores que influenciam a cobertura de ECp, seja porque interferem na adesão ou não de uma ação, e na forma como ela é executada pelos profissionais, ou porque estão relacionadas a fatores sociais, econômicos e culturais das mulheres atendidas no CS C, ou ainda por questões organizacionais.

Desta forma, esses fatores relacionam-se direta e indiretamente com a cobertura de ECp do CS C. Em 2013, o CS C atingiu uma cobertura de 0,57 que representa a razão entre o número de exames realizados no período e um terço das mulheres com idade entre 25 a 64 anos, atendidas no CS C naquele ano.

Os fatores relacionados à cobertura de ECp no Caso C, descritos no quadro 10, foram divididos em positivos e negativos.

Quadro 10- Fatores que influenciam a cobertura de exame citopatológico no *Caso C*

FATORES RELACIONADOS À COBERTURA DE EXAMES	
POSITIVOS	NEGATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> + Enfermeiro é o principal responsável pelas ações de vigilância do câncer uterino; + Boas condições socioeconômicas das mulheres; + Área de interesse maior das enfermeiras (todas possuem especialização em obstetrícia-saúde da mulher); + Exame é realizado por enfermeiras; + Coordenação exercida por enfermeiras; 	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação inadequada dos dias de coleta pelos recepcionistas; - Falta de controle da periodicidade de realização do exame pelas mulheres acompanhadas no CS; - Mulheres possuem pouca informação sobre o exame; - Sistema de Informação limitado; - Pouco tempo de trabalho do enfermeiro no CS.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

Dentre os fatores que contribuem para o aumento/manutenção da cobertura de ECp no Caso C (6), cinco estão relacionados ao profissional enfermeiro.

Um deles está associado à *especialização profissional da enfermeira na área de obstetrícia*, o que confere afinidade e desperta maior interesse deste profissional para as questões da saúde da mulher; dois se relacionam ao fato de a estratégia de prevenção e controle do câncer uterino, adotada no município, atribuir a *responsabilidade de realização do exame, durante a*

consulta de enfermagem, ao enfermeiro, tornando-o o principal responsável pelas ações de promoção e prevenção desta doença; outro fator considerado como de impacto positivo é a estrutura física do CS C contar com *um consultório para cada enfermeira*, o que permite uma flexibilidade maior na organização da agenda da equipe, ampliando o acesso às mulheres que precisam do exame. Além disso, para a enfermeira, *a ocupação da coordenação do CS C por uma enfermeira* facilita o processo e a realização das ações de prevenção desenvolvidas pela eSF, porque este profissional compreende melhor a estratégia de rastreamento.

O outro fator considerado positivo está associado ao *padrão socioeconômico das mulheres residentes em uma das áreas de abrangência do CS C*, que lhes confere bom nível de escolaridade e favorece o entendimento das questões relacionadas à doença, promovendo uma cultura de prevenção e procura pelo exame.

Quanto aos fatores considerados prejudiciais ao alcance das metas de cobertura ECp, elencadas no Caso C (5), quatro se relacionam ao trabalho desenvolvido pelos profissionais da equipe de saúde: a *orientação inadequada da agenda de realização de exames pelos recepcionistas*, que segundo a enfermeira repassam apenas o turno de agendamento e esquecem de informar a existência de exames de livre demanda; a *falta de controle pela enfermeira do CS C da data do último exame realizado pelas mulheres*, o que impede de identificar aquelas que estão em falta com o exame; a *pouca orientação/informação disponibilizada pela eSF às mulheres acerca dos exames, da doença e das ações de prevenção*, ocasionando baixa procura pelo exame e confusão sobre as recomendações da estratégia de rastreamento; e também foi qualificado como um fator negativo *o tempo de atuação de quatro anos da enfermeira no CS C*. Segundo ela, isso a impede de conhecer bem as mulheres sob responsabilidade de sua equipe, o que dificulta a captação delas para o exame.

O quinto fator negativo, identificado no Caso C, diz respeito *às limitações do sistema de informação utilizado no CS C*, que poderia sinalizar o último exame feito pelas mulheres, facilitando a captação e manutenção da realização do exame dentro do período preconizado pelo município.

Caso D – Centro de Saúde com Unidades de Análise integradas

O CS D possui duas áreas de abrangência, com seis microáreas cada uma. As eSFs deste CS possuem um coordenador, representado por um médico; um médico, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem e quatro ACSs.

A eSF do CS D é responsável por uma população de 7.236 indivíduos, dos quais 3.676 (51%) são mulheres e destas, 2.053 (56%) estão na faixa etária de 25 a 64 anos (FLORIANÓPOLIS, 2013a).

A principal diferença do Caso D, em relação aos demais casos deste estudo, encontra-se na existência de duas Unidades de Análise (UA) (enfermeiras). Assim, o Caso D é representado por um Centro de Saúde, denominado de CS D, porém, com duas UA: UA 1 e UA 2.

O cálculo da cobertura corresponde aos exames realizados pelas duas equipes, ou seja, a cobertura de ECp do CS é integrada. A cobertura atingida pelo CS D, em 2013, foi de 0,55, a qual representa a cobertura de 55% das mulheres com 25 a 64 anos, atendidas pelas equipes.

Considerando que a cobertura do CS D é tanto resultado do trabalho de cada uma das UAs quanto a integração das mesmas, será apresentada inicialmente as ações, estratégias e fatores de cada UA e, posteriormente, a integração delas, com a síntese de ações, estratégias e fatores que representam o Caso D.

Unidade de Análise 1

Esta UA é representada por uma enfermeira (EC 1) de 49 anos, formada há 28 e atuante no CS D há 4, tempo total de existência dessa unidade de saúde. Ela possui especialização em Enfermagem em Obstetrícia.

Seis ações foram citadas por ela: a captação de mulheres para o exame; a divulgação do exame para as mulheres; a realização do exame; a avaliação das ações desenvolvidas pela eSF; e a orientação das mulheres sobre o exame e cuidados de saúde com o corpo. No quadro 11 estão descritas essas ações e as estratégias adotadas em cada uma delas.

Quadro 11 - Ações e estratégias de prevenção do câncer de colo do útero desenvolvidas pela UA 1 do Caso D

AÇÕES UA 1	ESTRATÉGIAS UA 1
Captação para o exame	Durante as consultas e na sala de espera toda a equipe está habituada a perguntar à mulher sobre o exame e se não estiver em dia, encaminhar para agendamento.

Orientação ACSs	Realizada durante as reuniões de equipe. São repassadas orientações sobre a captação de mulheres e a divulgação dos horários de realização do exame.
Divulgação do exame citopatológico	Realizada na sala de espera quando as mulheres vão ao CS para agendar ou realizar consulta médica.
Realização do exame citopatológico	Realizado sob demanda livre nas sextas-feiras o dia todo. Caso a mulher não possa nesse dia, agenda-se o exame para a quarta-feira à tarde. Se precisar ser em outro dia, a agenda é flexibilizada. O agendamento pode ser feito no CS ou durante a visita domiciliar pelas ACSs. Foi adotada também, através de acordo entre a enfermeira e médica da eSF, a estratégia de condicionar o tratamento de outras afecções das mulheres ao exame, de forma que elas precisam mantê-lo em dia.
Avaliação das ações	Realizada através de consulta ao sistema de informação, InfoSaúde, e também através dos relatórios emitidos anualmente pelo setor de Vigilância em Saúde do Distrito Sanitário. A partir da análise do indicador, em reunião entre as eSF, são avaliadas as ações que estão sendo desenvolvidas e programam outras. Além disso, as eSF do CS desenvolveram uma planilha no programa Excel para acompanhar o resultado dos exames e a data do último exame de cada mulher, a fim de fazer a captação daquelas que estão em atraso.
Orientação das mulheres	Qualquer contato com a mulher no CS é momento de orientação, em que são abordadas questões gerais sobre a saúde da mulher, cuidados com o corpo e sobre a realização do exame. No caso de mulheres com menos de 25 anos, elas são orientadas, porém, permanecem sendo rastreadas porque apresentam necessidade de coleta.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

Quanto aos fatores que influenciam a cobertura de ECp (8), representados no quadro 12, quatro foram citados como positivos pela EC 1 do CS D e quatro como negativos.

Quadro 12 - Fatores que influenciam a cobertura de exame citopatológico, segundo a UA 1

FATORES RELACIONADOS À COBERTURA DE EXAMES	
POSITIVOS	NEGATIVOS
+ Orientação e convite de mulheres;	- Exame vinculado ao atendimento médico;
+ Confiança e vínculo com o profissional;	- Rotatividade de enfermeiros e médicos;
+ Aproveitar oportunidades em que a mulher vai ao CS para realizar o exame;	- Microáreas sem ACS;

+ Autonomia para encaminhar as mulheres com alterações.	- Realização do exame na Rede Feminina de Combate ao Câncer.
---	--

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

Os fatores positivos estão relacionados à importância de participar da estratégia de rastreamento, periodicamente, seja pela *orientação das mulheres sobre como participar ou através do convite pessoal a cada uma delas*; além disso, a *promoção do vínculo fortalece a confiança da mulher no profissional* e contribui para a sua participação.

Outros dois fatores positivos estão associados ao fazer profissional: um trata do olhar atento para *“aproveitar” outras idas da mulher ao CS para a realização do exame*; e o outro é a *autonomia do enfermeiro para encaminhar os casos que precisam de acompanhamento*, estimulando a prática deste profissional e favorecendo sua atuação na estratégia de rastreio.

Os fatores negativos relacionam-se à *vinculação do exame à presença de um médico no CS*, o que faz com que as mulheres não compareçam quando a equipe está incompleta, dificultando a realização do ECp. Além disso, a *rotatividade de enfermeiros e médicos*, segundo EC 1, também reduz a cobertura, já que são os responsáveis pelo exame. Ainda foi citado como fator negativo, pois reduz a cobertura, a *falta de ACSs em microáreas*, porque esses profissionais são os principais responsáveis pela divulgação do exame/captação de mulheres.

Esses fatores, principalmente a rotatividade de profissionais, levam direta ou indiretamente, a um quarto fator negativo para a cobertura do exame: a *realização da coleta de citopatológico pela organização não governamental (ONG) Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC)*, o que interfere no cálculo da cobertura do CS, já que os exames realizados pela ONG não são analisados por CS e, sim, computados diretamente ao do município.

Unidade de Análise 2

A UA 2 do Caso D é também representada por uma enfermeira (EC 2) que possui 33 anos, está formada há 7 e atua no CS D há 2. EC 2 possui especialização em Saúde Pública.

Assim como a UA 1 do Caso D, EC 2 também citou realizar seis ações (Quadro 13), porém, apenas quatro são comuns àquelas citadas por EC 1: a captação de mulheres para o exame; a divulgação do exame; a realização do exame e a avaliação das ações realizadas pela equipe.

Quadro 13 - Ações e estratégias de prevenção do câncer de colo do útero desenvolvidas pela UA 2 do Caso D

AÇÕES UA 2	ESTRATÉGIAS UA 2
Captação para o exame	Através de visita domiciliar pelos ACS, que orientam sobre quando e como agendar o exame.
Divulgação do exame citopatológico	No balcão da recepção e na sala de espera, quando as mulheres vêm para outro atendimento. A equipe toda está preparada para falar do exame.
Realização do exame citopatológico	Realizado por demanda livre nas sextas-feiras o dia todo. Caso a mulher não possa comparecer nesse dia, agenda-se o exame para outro dia de acordo com a agenda da enfermeira. Durante consultas de pré-natal, o exame também é coletado.
Avaliação das ações	Realizada em reunião de equipe. É usada uma planilha para controle dos exames realizados e dos que precisam ser feitos. Além disso, também utilizam há pouco tempo o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), embora ainda estejam em adaptação, e os relatórios da cobertura, disponibilizados pela Secretaria de Saúde.
Orientação das mulheres	Sobre a frequência de realização do exame. Durante a consulta de enfermagem a enfermeira consulta a planilha de exames e se o último foi realizado no ano anterior, sem alterações, a mulher é orientada a esperar e o exame não é coletado. São dadas informações sobre a forma de desenvolvimento do câncer, que não exige a realização da coleta anualmente. Quando é uma mulher que, apesar das orientações comparece todos os anos, a enfermeira explica os riscos, enfatizando a exposição desnecessária a que essa mulher vai passar sem necessidade e pede para ela voltar dali a três anos ou quando perceber alguma alteração.
Seguimento de mulheres com exames alterados	Os resultados de exame são comunicados por telefone e agendada nova consulta para dar encaminhamento ao tratamento necessário, conforme o protocolo do município. O controle da vinda dessa mulher é feito pela planilha de exame citopatológicos elaborada pela equipe, caso a mulher com exame alterado não compareça, é feita a sua busca pelo ACS e/ou por telefone.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

EC 2 não citou fazer a orientação de ACSs e, além das ações em comum com EC 1, citou realizar ainda: o seguimento de mulheres com exame alterado. Esta ação, embora não tenha sido citada pela UA 1, no relato de UA 2 ela se referia sempre no coletivo “nós realizamos”.

Com relação aos fatores que, de modo geral, influenciam a cobertura de ECp, EC 2 citou cinco positivos e cinco negativos, conforme está descrito no quadro 14.

Quadro 14 - Fatores que influenciam a cobertura de exame citopatológico segundo a UA 2

FATORES RELACIONADOS À COBERTURA DE EXAMES	
POSITIVOS	NEGATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> + Auxílio/estímulo médico para a coleta; + Controle da data do último exame e busca ativa de mulheres que não fazem regularmente; + Mobilização da comunidade durante a Campanha Outubro Rosa; + Divulgação contínua do exame; + Abordagem integral saúde da mulher. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização do exame em mulheres que estão fora da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde; - Falta de cultura de prevenção da saúde; - Realização de exames em serviços do setor privado; - Priorização de outras ações conforme metas municipais; - Afastamento da enfermeira por licença ou férias.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

Os fatores positivos estão associados ao trabalho dos profissionais da eSF, tanto individual quanto colaborativamente, através: do *estímulo médico, ou até mesmo a coleta, para que a mulher realize o exame*; o *controle do último exame pelos profissionais* (enfermeiras e médicos) através da planilha por eles elaborada, a qual permite identificar mulheres faltosas e fazer a captação; a *mobilização que a eSF realiza da comunidade durante a campanha Outubro Rosa*, promovendo maior participação das mulheres; o hábito de *divulgar continuamente o exame* e dias de coleta; e a *abordagem integral que a enfermeira adota durante a consulta de enfermagem à mulher*, que permite coletar o exame em consultas destinadas a outro fim.

Quanto aos fatores negativos, UA 2 citou a *realização do exame em mulheres que estão fora da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde*, pois acredita que interfere no cálculo daquelas que possuem a idade recomendada; a *pouca cultura de prevenção da saúde nas mulheres atendidas no CS*; a *realização de exames em serviços do setor privado*, que não são identificados para cálculo da cobertura; a *necessidade de priorizar outras ações conforme metas municipais*, o que reduz o horário de coleta dos

ECp; e a *necessidade de afastamento da enfermeira por doença ou férias*, que não é substituída, reduzindo as consultas para coleta de exame.

Integração das Unidades de Análise 1 e 2: síntese do Caso D

Para realizar a análise cruzada dos casos deste estudo, as ações das UAs 1 e 2 foram integradas, bem como as estratégias adotadas individualmente por ED 1 e 2 e os fatores considerados por elas como intervenientes à cobertura de ECp.

As ações desenvolvidas pelas enfermeiras do CS D apresentaram muitas semelhanças, inclusive com relação às estratégias adotadas para sua execução, sendo, portanto, complementares. Assim, no quadro 15, foram agrupadas as ações, mantendo-se uma única vez aquelas que se repetiram e acrescentando aquelas que foram citadas somente por uma enfermeira. Da mesma forma, procedeu-se com relação às estratégias.

Quadro 15 - Ações e estratégias de prevenção do câncer de colo do útero do Caso D

SÍNTESE DE AÇÕES E ESTRATÉGIAS DO CASO D	
AÇÕES INTEGRADAS	ESTRATÉGIAS INTEGRADAS
Captação para o exame	Durante as consultas e na sala de espera toda a equipe está habituada a perguntar à mulher sobre o exame e se não estiver em dia, encaminhar para agendamento. Além disso, as ACSs, em visita domiciliar, também orientam sobre quando e como agendar o exame.
Orientação de ACSs	Durante as reuniões de equipe são repassadas orientações sobre como fazer a captação de mulheres e a divulgação dos horários de realização do exame.
Divulgação do exame	Na sala de espera quando as mulheres vão ao CS para agendar ou realizar consulta médica. A equipe toda está preparada para falar do exame
Realização do exame	Através de demanda livre nas sextas-feiras o dia todo. Caso a mulher não possa nesse dia, agenda-se o exame para a quarta-feira à tarde ou outro dia, considerando a disponibilidade da mulher e a agenda da enfermeira. O agendamento pode ser feito no CS ou durante a visita domiciliar pelas ACSs. Durante consultas de pré-natal, o exame também é coletado. Através de acordo entre a enfermeira e médica da eSF, criou-se a estratégia de condicionar o tratamento de outras afecções das mulheres ao exame, de forma que elas precisam mantê-lo em dia.

Avaliação das ações	Através de consulta ao InfoSaúde, ao SISCAN, dos relatórios emitidos anualmente pelo setor de Vigilância em Saúde do Distrito Sanitário e Secretaria de Saúde do município e pela planilha de exames elaborada pela equipe. A partir da análise do indicador e de outras informações, como a data do último exame, as eSF discutem, em reunião, as ações que estão sendo desenvolvidas e programam outras ou novas formas de executá-las.
Orientação das mulheres	Qualquer contato com a mulher no CS é momento de orientação, em que são abordadas questões gerais sobre a saúde da mulher, cuidados com o corpo e sobre a frequência de realização do exame. Durante a consulta de enfermagem a enfermeira consulta a planilha de exames e se o último foi realizado no ano anterior, sem alterações, a mulher é orientada a esperar e o exame não é coletado. São dadas informações sobre a forma de desenvolvimento do câncer, que não exige a realização da coleta anualmente. Quando é uma mulher que, apesar das orientações comparece todos os anos, a enfermeira explica os riscos, enfatizando a exposição desnecessária a que essa mulher vai passar sem necessidade e pede para ela voltar dali a três anos ou quando perceber alguma alteração. No caso de mulheres com menos de 25 anos, as mulheres são orientadas, porém, permanecem sendo rastreadas porque apresentam necessidade de coleta.
Seguimento de mulheres com exames alterados	Os resultados de exame são comunicados por telefone e agendada nova consulta para dar encaminhamento ao tratamento necessário, conforme o protocolo do município. O controle da vinda dessa mulher é feito pela planilha de exame citopatológicos elaborada pela equipe, caso a mulher com exame alterado não compareça, é feita a sua busca pelo ACS e/ou por telefone.

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

Assim como as ações e estratégias, os fatores relacionados à cobertura de ECp das duas UAs também foram agrupados no quadro 16. Foi feito agrupamento simples, considerando a confluência dos fatores descritos separadamente pelas UAs.

Quadro 16 - Fatores que influenciam a cobertura de exame citopatológico no Caso D

SÍNTESE DE FATORES RELACIONADOS À COBERTURA DE EXAMES DO CASO D	
POSITIVOS	NEGATIVOS

<ul style="list-style-type: none"> + Divulgação contínua do exame e convite de mulheres aumentam o vínculo com o profissional; + Aproveitar oportunidades em que a mulher vai ao CS para realizar o exame, a partir de uma abordagem integral de sua saúde. + Autonomia para encaminhar as mulheres com alterações e/ou resolver problemas. + Auxílio/estímulo médico para a coleta; + Controle da data do último exame e busca ativa de mulheres que não fazem regularmente; + Mobilização da comunidade durante a Campanha Outubro Rosa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de profissionais devido à licenças e afastamentos; - Realização do exame na Rede Feminina de Combate ao Câncer e em serviços do setor privado; - Priorização de outras ações conforme metas municipais; - Realização do exame em mulheres que estão fora da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde; - Vinculação do exame ao atendimento médico.
--	---

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

A divulgação contínua de mulheres, bem como o convite delas para o ECp, promove o fortalecimento do vínculo usuária-profissional e promove a participação no rastreamento, aumentando a cobertura de ECp. Da mesma forma, aproveitar oportunidades em que a mulher comparece ao CS para outros atendimentos, para realizar o exame favorece o aumento da cobertura de ECp. Além desses fatores, a autonomia que o enfermeiro possui para encaminhar as mulheres com alterações e/ou resolver problemas; o auxílio do médico na coleta de ECp, o controle da data do último exame para captação das mulheres e a mobilização durante a campanha Outubro Rosa também foram citados como fatores positivos à cobertura de ECp.

Entre os fatores que dificultam o alcance da cobertura, foram citados: falta de profissionais devido à férias e licenças; a realização do ECp em serviços do setor privado e ONGs; a necessidade da eSF de priorizar outras ações, devido a exigências municipais; a realização do ECp em mulheres que não se incluem na estratégia de rastreamento, devido à idade; e a vinculação do ECp à presença do médico no CS.

5.2 ARTIGO 2: VIGILÂNCIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: AÇÕES DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

Este estudo objetivou evidenciar como as ações de vigilância do câncer do colo do útero, desenvolvidas por enfermeiras da Atenção Primária à Saúde, contribuem para o aumento da cobertura de exame citopatológico. Trata-se de um Estudo de Caso Múltiplo, de abordagem qualitativa, composto por cinco unidades de análise, representadas por cinco enfermeiras de quatro Centros de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. Os dados foram coletados de março a julho de 2014 através de levantamento em sistemas de informação, observação direta e entrevistas semiestruturadas. A análise deu-se através da síntese cruzada dos Casos, que originaram ações, estratégias e fatores que interferem na cobertura de exame citopatológico. Conclui-se que as estratégias implementadas pelas enfermeiras possibilitam o aumento da cobertura do exame citopatológico porque envolvem a colaboração da equipe, a orientação das mulheres para o exame e a realização de procedimentos específicos ao rastreamento do câncer do colo do útero.

Descritores: Vigilância à Saúde; Câncer do Colo do Útero; Teste de Papanicolau; Cobertura de Serviços e Saúde; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A estatísticas do câncer do colo do útero (CCU) refletem um problema de saúde pública em todo o mundo, sendo mais grave nos países em desenvolvimento, devido à relação da doença com baixas condições socioeconômicas. A alta mortalidade por essa doença tem sido um desafio de sistemas e saúde, visto se tratar de um dos únicos tipos de câncer com 100% de cura quando diagnosticado precocemente (INCA, 2014). No Brasil, esse desafio coloca a vigilância do câncer como prioridade das ações de prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) na agenda nacional de saúde (BRASIL, 2013a).

Entre as DANTs, as neoplasias tem sido a segunda causa de mortes em todo o mundo. No Brasil, estima-se a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, em 2015, sendo 190 mil só na população feminina. Entre os tipos de câncer que mais acometem as mulheres, o CCU

corresponderá a 15 mil novos casos, sendo o terceiro mais incidente. Em geral, ele surge a partir de 30 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos. Em 2012, este tipo de câncer foi responsável pelo óbito de 265 mil mulheres, em todo o mundo, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento (INCA, 2014).

A vigilância do CCU envolve a organização de estratégias de prevenção e detecção precoce de lesões precursoras para câncer (BRASIL, 2013a). Essa prevenção pode ser: primária, secundária e terciária. A prevenção primária é desenvolvida através da articulação com a promoção da saúde e a proteção específica contra agravos, como a vacinação contra doenças. A prevenção secundária envolve estratégias de rastreamento e detecção precoce do CCU e a prevenção terciária ocorre durante o tratamento dos casos positivos, minimizando a incapacidade pela doença e proporcionando a reabilitação da saúde (BRASIL, 2013b).

A prevenção do CCU é uma prática consolidada na Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente pela realização do rastreamento pelo exame citopatológico (ECp), considerado a melhor estratégia para detecção de lesões precursoras de CCU em todo o mundo. No Brasil, as diretrizes brasileiras recomendam a realização trienal do ECp, após dois exames anuais negativos, para mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, que já tenham tido relação sexual e que não tenham condição imunológica baixa, nem tenham passado por histerectomia total (INCA, 2011).

Em estratégias de rastreamento organizado, é recomendada a cobertura de 30% de mulheres com exame ao ano, sendo que coberturas trienais acima de 80% das mulheres na faixa etária alvo, podem reduzir em até 100% as mortes por CCU (BRASIL, 2013b). Para chegar a índices elevados de cobertura, no entanto, é preciso a ação conjunta de diversos setores da sociedade e, principalmente, o acompanhamento contínuo das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, em especial pelos enfermeiros, já que são considerados os profissionais responsáveis pelas ações de prevenção do CCU nas equipes de Saúde da Família (eSFs) (INCA, 2011; BRASIL, 2013b; MELO, et al., 2012; PARADA; et al, 2009).

Ações efetivas de prevenção do CCU envolvem a captação de mulheres da população alvo e em falta com o exame; a educação em saúde das mulheres; a garantia do tratamento necessário; e a utilização de sistemas de informação para captar as mulheres que devem ser incluídas no rastreio. O

sistema de informação é útil, também, para a avaliação periódica da cobertura de ECp e das ações realizadas pela eSF (BRASIL, 2013b).

Mesmo com tantos esforços de prevenção da doença, a cobertura de ECp no Brasil, em 2013, foi de 0,17 (INCA, 2014). Estudos que avaliaram programas estaduais de rastreamento demonstram que apesar de ser uma prática bem concebida no país, o rastreamento ainda se apresenta em sua maioria oportunístico, envolvendo muitas mulheres fora da faixa etária alvo e com excesso de exames realizados anualmente (MELO, et al., 2012; CORREA; VILLELA; ALMEIDA, 2012). Análise feita em Florianópolis, Santa Catarina (SC), em 2013, identificou que 20% dos exames realizados no município estão fora da população alvo e 45% são repetidos com uma frequência anual (FLORIANÓPOLIS, 2013a).

Apesar disso, a região Sul do país possui uma das coberturas mais altas, sendo que Florianópolis se destaca nesse cenário, por ser a única capital da região com tendência crescente da razão de cobertura nos últimos três anos. Em 2013, a razão de ECp, nesse município, foi de 0,39, com alguns Centros de Saúde chegando isoladamente a 74% de cobertura (FLORIANÓPOLIS, 2013a).

Nesse sentido, considerando que as ações desenvolvidas pelos profissionais nos serviços de saúde estão diretamente relacionadas com a qualidade das estratégias de prevenção do CCU, das quais resulta a razão de cobertura de exames; e que o enfermeiro é o profissional da equipe de saúde, em geral, responsável por essas ações, este estudo tem por objetivo compreender como as ações de vigilância, desenvolvidas para a prevenção e controle do câncer do colo do útero, por enfermeiras na APS de Florianópolis/SC, contribuem para o alcance da cobertura de ECp.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso múltiplo, de abordagem qualitativa. Estudos de caso múltiplo representam um conjunto de casos individuais que contribuem para a compreensão profunda de um mesmo fenômeno. Nesse tipo de estudo, utiliza-se a lógica da replicação, em que os casos analisados um a um formam um conjunto representativo do objeto investigado, compondo um estudo múltiplo. Nessa lógica, cada “caso” consiste em um estudo completo, sendo explorado, descrito e analisado individualmente. O

que vai torná-los parte integrante do mesmo estudo é a convergência das evidências de cada um à questão da pesquisa (YIN, 2010).

Neste estudo incluíram-se quatro Casos, representados por quatro Centros de Saúde (CSs) de um Distrito Sanitário (DS) do município de Florianópolis/SC, com maior cobertura de ECp no ano de 2013. Os Casos foram estudados com base em unidades de análise (UAs), representadas por cinco enfermeiras de equipe de Saúde da Família desses CSs.

Para a seleção dos CSs realizou-se uma análise da cobertura de ECp por DS do município, através de levantamento de dados secundários nos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA/SUS); Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), da Secretaria Municipal de Saúde. Entre os cinco Distritos, o DS Norte foi o que apresentou maior cobertura (0,46). Nesse DS, foram selecionados os CS que apresentam a cobertura acima da média de 0,46, já que contribuíram para sua elevação.

O critério de inclusão de enfermeiras, unidades de análise neste estudo, foi de atuar há mais de um ano no CS selecionado. Assim, dentre os possíveis Casos do DS, um CS foi excluído porque as enfermeiras não corresponderam ao critério de inclusão. Da mesma forma, uma enfermeira de um dos Casos deste estudo não foi incluída por esse mesmo motivo.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e observação direta das participantes. A entrevista e a observação foram realizadas, de acordo com a disponibilidade das participantes, nos CSs do estudo. Para o registro das entrevistas, utilizou-se um gravador digital de voz e, posteriormente, procedeu-se à transcrição na íntegra. As observações foram realizadas durante as consultas de enfermagem à mulher e foram registradas em diário de campo. A observação só foi realizada após autorização de cada mulher e, ao todo, foram observadas de 4 a 8 consultas de cada enfermeira.

A organização dos dados foi realizada com auxílio do software NVivo®. Inicialmente os dados das entrevistas e observações foram triangulados, gerando um relatório individual de cada Caso. Esses relatórios serviram de base para a análise dos dados através da síntese cruzada dos Casos. A síntese cruzada é uma técnica de análise de dados utilizada em estudos de caso múltiplo, na qual se busca totalizar as descobertas de cada Caso através da procura por confluências aos objetivos do estudo (YIN, 2010). A análise cruzada, neste estudo, permitiu identificar as ações e estratégias

implementadas pelas enfermeiras nos CSs, bem como a existência de fatores que interferem na cobertura de ECp do colo do útero. Dessa análise surgiu a síntese dos resultados dos múltiplos Casos.

Respeitando os princípios da Resolução CNS 466/2012, a pesquisa de campo foi iniciada somente após sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (USFC), através do Parecer de número 549.862/2013. Às participantes foram assegurados o anonimato e o direito de desistir da pesquisa, a qualquer momento e sua participação somente ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Este estudo de caso múltiplo é composto por quatro casos, sendo três com unidade de análise única e um com unidades de análise integradas. A seguir, será caracterizado cada um dos Casos e descrita a síntese cruzada das ações desenvolvidas, as estratégias utilizadas para a execução dessas ações e os fatores que influenciaram/influenciam a cobertura de exame em cada um.

Caracterização dos casos

Todos os Casos são representados por CSs, em virtude do cálculo da cobertura de ECp ser realizada por CS no município. Dos quatro Casos/CSs, três apresentam UA do tipo única e um apresenta duas UAs integradas, sendo que todas são representadas por enfermeiras, conforme apresenta o quadro 17.

Quadro 17 - Representação dos casos e de suas Unidades de Análise

CASOS	UNIDADES DE ANÁLISE
Centro de Saúde A	Única (enfermeira)
Centro de Saúde B	Única (enfermeira)
Centro de Saúde C	Única (enfermeira)
Centro de Saúde D	Integrada 1 (enfermeira)
	Integrada 2 (enfermeira)

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

Quanto às características dos CSs (Tabela 3), elas apresentam-se homogêneas com relação ao número de eSF/áreas de abrangência, sendo dois

Casos (A e B) com uma e dois (C e D) com duas áreas, apesar de no Caso C apenas uma ter correspondido aos critérios de inclusão do estudo.

Tabela 3- Caracterização dos Casos segundo o número de equipes de Saúde da Família, população residente, população feminina, população feminina de 25 a 64 anos de idade e cobertura de exame citopatológico apresentada em 2013

Casos	Número de eSF	População residente	População feminina	População feminina 25-64 anos	Cobertura 2013
CS A	01	2.959 – 100%	1.480 – 65%	789 – 53%	0,70 – 70%
CS B	01	4.618 – 100%	2.306 – 50%	1.309 – 57%	0,68 – 68%
CS C	02	5.750 – 100%	2.920 – 51%	1.612 – 55%	0,57 – 57%
CS D	02	7.236 – 100%	3.676 – 51%	2.053 – 56%	0,55 – 55%

Fonte: Florianópolis, 2013b.

Com relação à população residente, os Casos A, C e D apresentam conformidade à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de, no máximo, 4 mil pessoas por eSF. No entanto, o Caso B apresenta mais de 4 mil pessoas para, apenas, uma eSF.

Quando analisada a população feminina residente na área de cada Caso, percebe-se que, em três deles (B, C e D), a população de homens e mulheres é homogênea. Já no Caso A, a população feminina é maior (65%) do que a masculina. Entretanto, quando observada a população feminina alvo da estratégia de rastreamento do câncer de colo uterino, todos os casos apresentaram proporções homogêneas, variando entre o mínimo de 53% no Caso A e o máximo de 57% no Caso B. Este Caso, considerando que é o mais populoso, poderia, em termos teóricos, apresentar maiores dificuldades para manter a taxa de cobertura de ECp mas, no entanto, é o segundo com maior cobertura (68%). A cobertura mais alta foi apresentada pelo Caso A, com 70% das mulheres com exame em 2013. O Caso C e D apresentaram coberturas de 57% e 55%, respectivamente.

Quanto ao perfil das UAs (Tabela 4), todas foram representadas por enfermeiras, sendo que quatro estão na faixa etária de 30 a 39 anos e uma na de 40 a 49 anos. O tempo de formação variou de 7 a 28 anos, sendo essa variação encontrada somente entre as unidades integradas do Caso D. Nos casos A, B e C a formação foi homogênea, sendo 15, 14 e 16 anos, respectivamente. Já quanto ao tempo de atuação no CS do estudo, a variação

foi de 2 a 12 anos, sendo a menor atuação encontrada no Caso D e a maior no A.

Tabela 4- Caracterização das Unidades de Análise, segundo a idade, tempo de formação, tempo de atuação no Centro de Saúde e curso de especialização

Unidades de análise	Faixa etária	Tempo de formação	Tempo de atuação no CS	Especialização
Única (enfermeira)	30-39 anos	14 anos	12 anos	Saúde da Família e Obstetrícia
Única (enfermeira)	30-39 anos	16 anos	10 anos	Saúde Pública e Obstetrícia
Única (enfermeira)	30-39 anos	15 anos	4 anos	Saúde Pública e Obstetrícia
Integrada 1 (enfermeira)	40-49 anos	28 anos	4 anos	Obstetrícia
Integrada 2 (enfermeira)	30-39 anos	7 anos	2 anos	Saúde Pública

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

Encontrou-se homogeneidade na formação de pós-graduação, visto que todas as enfermeiras possuem especialização em Saúde Pública/Saúde da Família e/ou Obstetrícia.

Ações, estratégias e fatores que interferem na cobertura de exame citopatológico

Com relação às **ações** de vigilância desenvolvidas (Quadro 18), foram identificados nove tipos nos quatro Casos, sendo que duas foram comuns a todos (realização do ECp e a orientação de mulheres); seis foram comuns a três (captação de mulheres para o exame; orientação de ACSs; divulgação do exame; campanha Outubro Rosa; avaliação das ações; seguimento de mulheres com exame alterado); e uma ação foi exclusiva de um Caso (vacinação contra HPV). Com relação a esta última ação,

É possível que o motivo de não mencioná-la seja por esquecimento, visto que se trata de uma ação incluída recentemente nas práticas de prevenção do câncer uterino, em todos os serviços da APS do município.

Quadro 18 - Relação das ações de vigilância desenvolvidas pelos Casos deste estudo

AÇÕES DESENVOLVIDAS	CASOS QUE DESENVOLVEM AS AÇÕES
Orientação de ACSs	B, C e D
Divulgação do exame	A, C e D
Captação para o exame	A, B e D
Orientação das mulheres	A, B, C e D
Vacinação contra HPV	A
Realização do exame	A, B, C e D
Avaliação das ações	A, C e D
Seguimento de mulheres com exame alterado	A, C e D
Campanha Outubro Rosa	A, B e C

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

Das nove ações, o Caso A foi o que citou a maioria, desenvolvendo oito delas. Os Casos C e D desenvolvem sete ações, sendo que ambos não citaram a vacinação contra HPV e diferenciaram-se na captação de mulheres para o exame, que não é realizada pelo Caso C; e na realização da campanha Outubro Rosa, ação não citada pelo Caso D.

A campanha Outubro Rosa, assim como a vacinação contra HPV, embora não citada é uma ação desenvolvida em todos os CSs do município. Todavia, para o Caso D ela não se trata de algo específico para prevenir o câncer de colo uterino, mas é vista como uma estratégia de divulgação e intensificação das ações desenvolvidas ao longo do ano, pela equipe.

O Caso B diz realizar somente cinco ações, excetuando-se a divulgação do exame às mulheres; a avaliação das ações com base no indicador; e o seguimento de mulheres com exames alterados, não reconhecido como ação de vigilância ou possivelmente esquecido de ser citado já que se trata de uma ação bastante comum, assim como a vacinação contra o HPV.

Quanto às **estratégias** implementadas pelos casos (Quadro 19), também foram observadas convergências entre aquelas desenvolvidas por mais de um caso, sobretudo, nas ações: Orientação de ACSs e Divulgação do exame, em que são desenvolvidas da mesma maneira por todos eles. Na realização das ações Captação para o exame, Realização do exame, Orientação de mulheres, campanha Outubro Rosa, Avaliação das ações e Seguimento de mulheres com exame alterado, os casos apresentaram semelhanças parciais das estratégias implementadas.

Quadro 19 – Estratégias de implementação das ações desenvolvidas pelos casos deste estudo

AÇÕES	ESTRATÉGIAS	CASOS
Orientação de ACSs	Durante as reuniões de equipe são dadas orientações sobre como abordar as mulheres durante as visitas domiciliares realizadas pelo ACS e informar sobre os horários de realização do exame. Se a mulher estiver há muito tempo sem fazer o exame, o ACS deve agendar a consulta.	B, C e D
	Durante as consultas e na sala de espera toda a equipe está habituada a perguntar à mulher sobre o exame e se não estiver em dia, encaminhar para agendamento.	D
Divulgação do exame	É feita pelas ACSs, pelos profissionais da recepção, na sala de espera e pelos médicos durante a consulta individual. A equipe toda está preparada para falar do exame.	A, C e D
Captação para o exame	As ACSs fazem uma sensibilização nas casas, geralmente elas começam no início do ano e orientam sobre quando e como agendar o exame ou já agendam.	A, B e D
Orientação das mulheres	É feita durante a visita domiciliar pelos ACSs, conforme orientações repassadas pelo enfermeiro; Ao final da consulta à mulher são dadas orientações para retirada do exame após 20 dias e, independente do resultado, orienta-se a realizar novo exame em um ano; Para mulheres fora da faixa etária alvo, avalia-se a necessidade, com base na queixa. Porém, na maioria das vezes o exame é coletado.	A, B e C
	Qualquer contato com a mulher no CS é momento de orientação, em que são abordadas questões gerais sobre a saúde da mulher, cuidados com o corpo, forma de desenvolvimento do câncer, que não exige a realização da coleta anualmente, e sobre a frequência de realização trienal do exame.	B e D
	Durante a consulta de enfermagem a enfermeira consulta a planilha de exames e se o último foi realizado no ano anterior, sem alterações, a mulher é orientada a esperar e o exame não é coletado.	D
Vacinação contra HPV	Realizada em parceria com a escola local. Inicialmente foi realizada uma palestra para sensibilizar as meninas da faixa etária (11 a 13 anos) e esclarecer as dúvidas delas. A cada menina foi entregue um termo para ser assinado pelos pais e/ou responsáveis e aquelas que retornaram na data agendada para a vacina com a autorização, foram vacinadas. Para as que não apresentaram termo, foi informado que a vacina estaria disponível no CS.	A

Realização do exame	Através de agendamento (dois turnos na semana; dois dias na semana; um turno ou horário, caso a mulher não possa na sexta-feira; um dia na semana) e de demanda espontânea (um turno na semana); O agendamento é realizado por telefone, no CS, ou durante a visita domiciliar pelas ACSs. O exame é realizado ao final da consulta de enfermagem e, também, durante outros contatos com a mulher. Ele não é o mais importante. As mulheres são abordadas, em consulta, sobre a sexualidade, outras questões que queiram conversar, esclarecer e, por último, se for necessário, o exame é feito.	TODOS
Avaliação das ações	Realizada uma vez por ano, durante as reuniões de enfermeiros do Distrito Sanitário. É realizado um balanço da cobertura e das ações desenvolvidas. A partir da análise do indicador de cobertura, discute-se o que pode ser mantido e/ou melhorado. No CS, em algumas reuniões de equipe, também são feitas avaliações, mas isso acontece só em setembro, como parte da organização para a Campanha Outubro Rosa.	A
	Em reuniões de equipe, a partir da análise do indicador de cobertura acessado pelo InfoSaúde e em relatórios emitidos pela Secretaria Municipal de Saúde. São discutidas as ações desenvolvidas, vendo o que precisa ser aprimorado.	C
	Através de consulta ao InfoSaúde, ao SISCAN, dos relatórios emitidos anualmente pelo setor de Vigilância em Saúde do Distrito Sanitário e Secretaria de Saúde do município e pela planilha de exames elaborada pela equipe. A partir da análise do indicador e de outras informações, como a data do último exame, as eSF discutem, em reunião, as ações que desenvolvidas e programam novas formas de executá-las.	D
Seguimento de mulheres com exame alterado	Todos os resultados de exames são anotados em um caderno de controle dos exames citopatológicos realizados no CS e no prontuário da mulher.	A e C
	O controle da vinda dessa mulher é feito pela planilha de exame citopatológicos elaborada pela equipe, caso a mulher com exame alterado não compareça, é feita a sua busca pelo ACS e/ou por telefone.	D
	Os exames alterados são comunicados por telefone e pessoalmente e as mulheres são encaminhadas de acordo com o protocolo do município, que baseia-se nas recomendações do INCA/Ministério da Saúde.	A, C e D
	Durante o mês de outubro a mulher não precisa agendar, ela faz o exame a qualquer momento que	A

Campanha Outubro Rosa	chegar no CS. O exame é realizado até nos sábados e é atribuído um prêmio às mulheres que realizarem. A equipe faz parcerias com salões de beleza do bairro, arrecada produtos de higiene pessoal e cosméticos e sorteia-os no final do mês. O estímulo à participação também é realizado através da decoração rosa do CS e murais em homenagem às mulheres. As ACSs fazem a divulgação, nas casas.	
	São convidados profissionais para tratar de temas diversos, não apenas relacionado ao exame e ao câncer de colo do útero. No último ano, um fisioterapeuta abordou a incontinência urinária. Além disso, a equipe arrecada brindes para presentear as mulheres que comparecerem para a coleta de exame.	B
	Todas as ações são intensificadas. A divulgação do exame passa a ser através da entrega de materiais impressos na comunidade, pelas ACSs. Reduz-se o horário de outros atendimentos para propiciar mais coletas do exame citopatológico.	C

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

Os **fatores** relacionados à cobertura de ECp (Quadro 20) de cada Caso foram agrupados em positivos e negativos, de acordo com o impacto que causam na cobertura de exame. Aqueles que foram citados em mais de um Caso foram mantidos uma única vez e foram mantidos os fatores diferentes entre os Casos. Todos eles permeiam as ações desenvolvidas pela equipe e, por isso, serão discutidos junto com as ações e estratégias, as quais interferem.

Quadro 20 - Fatores que influenciam a cobertura de exame citopatológico nos casos deste estudo

FATORES		CASOS
POSITIVOS	+ Atuação há vários anos no CS.	B e C
	+ Divulgação e orientação contínua e ampla do exame.	A e D
	+ Recomendação e encaminhamento médicos.	A e D
	+ Atribuição das ações de vigilância do câncer uterino ao enfermeiro.	A, C e D
	+ Controle da data do último exame e busca ativa de mulheres que não o fazem regularmente.	D
	+ Mobilização e convite das mulheres durante a Campanha Outubro Rosa.	A e D
	+ Realização do exame a partir de abordagem integral à saúde da mulher.	B e D

	+ Adesão espontânea das mulheres, devido ao forte vínculo com a eSF.	B e D
	+ Boas condições socioeconômicas facilitam a adesão das mulheres.	C
NEGATIVOS	- Atuação há poucos anos no CS.	C
	- Falta de profissionais.	A, B e D
	- Exame vinculado ao atendimento médico.	A e D
	- Priorização de ações de outros programas, conforme metas municipais;	D
	- Periodicidade de realização do exame anual.	C
	- Realização de exame em mulheres que estão fora da faixa etária alvo.	B e D
	- Falta de análise da cobertura porque o CS não é informatizado.	B
	- Mulheres sem cultura de prevenção da saúde.	D
	- Desinformação das mulheres quanto à realização do exame.	TODOS

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

DISCUSSÃO

Os dados desta pesquisa apresentaram-se homogêneos, permitindo a confluência dos resultados aos objetivos do estudo, a partir da síntese cruzada dos Casos. Todos foram representados por CSs com cobertura de ECp, em 2013, acima da meta pactuada para o ano. Juntos, esses CSs representam 60% da cobertura do Distrito Sanitário, o dobro do parâmetro pactuado e recomendado pelo Ministério da Saúde para o período (BRASIL, 2013b).

Três dos casos apresentaram UA do tipo única e um apresentou duas UA, que, quando integradas, foram complementares na representação do mesmo Caso. Todas as UAs dos Casos foram representadas por enfermeiras na faixa etária de 30 a 49 anos, especialistas na área em que atuam. O enfermeiro é um dos principais responsáveis pela estratégia de rastreamento do CCU, aspecto que, para as enfermeiras deste estudo, possui relação direta com o alcance de boas taxas de cobertura de ECp. O município deste estudo apoia tecnicamente a ação desses profissionais através de um protocolo que normatiza as ações de atenção integral à saúde da mulher. Este documento confere autonomia para a resolução das necessidades desse grupo populacional pelas enfermeiras, tanto em procedimentos ginecológicos, que podem ser executados por elas no CS, quanto no encaminhamento de casos que necessitam de tratamento em serviços especializados (FLORIANÓPOLIS, 2010).

O trabalho na ESF é multiprofissional, assim como a prevenção e controle do CCU. No entanto, estudos tem apontado o enfermeiro como um membro fundamental nesta equipe, planejando, gerenciando, coordenando e avaliando as ações e os programas desenvolvidos nos CSs (MELO, et al., 2012). Juntamente com a equipe, este profissional decide as intervenções necessárias, mas é ele quem irá organizar a assistência, desenvolvendo estratégias criativas para a realização do rastreamento, capacitando a equipe para as intervenções e incentivando as mulheres a realizarem o exame periódico, principal fator para o sucesso do programa de rastreio (MELO, et al., 2012).

A maioria das enfermeiras está formada há mais de 10 anos, sendo que duas atuam há menos de 10 anos nos CSs e duas, há mais. O tempo de atuação foi citado como fator que tanto contribui como prejudica o alcance da taxa de cobertura de exame. Quando atuam há pouco tempo no CS, os profissionais conhecem pouco as mulheres e, conseqüentemente, ainda se encontram na fase de construção de vínculos, o que dificulta a captação para o exame. Ao contrário, aquelas que atuam há mais de 10 anos afirmam conhecerem muito bem a população por elas atendida, o que facilita na captação de mulheres para o exame, devido ao forte vínculo que possuem.

A presença e estabilidade dos profissionais em uma equipe é condição indispensável para a promoção de relações de confiança e vínculo com a população, sendo o vínculo profissional-usuário um elemento-chave do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). O vínculo com os usuários é o primeiro ponto para a garantia do direito à saúde e ele só é possível através da organização da eSF e da qualificação profissional. O olhar atento e a escuta qualificada dos profissionais promovem relações de respeito, empatia e o compromisso mútuo, fortalecendo o vínculo e a adesão da população aos serviços de saúde (GUERREIRO, et al., 2013; MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

A proporção da população feminina atendida nos CSs deste estudo foi semelhante, sendo este grupo a maioria entre a população geral da área de abrangência, porém, não variando mais do que 57% dos residentes. Essa população é atendida por equipes mínimas de Saúde da Família, sendo que em dois Casos essas eSFs estão incompletas pela ausência de médico e de ACSs. A ausência do médico na equipe pode reduzir a cobertura, porque esses profissionais atuam tanto na coleta durante consultas destinadas a outros fins, quanto na captação de mulheres, encaminhando-as para a coleta do exame

com a enfermeira. Por outro lado, a vinculação do exame a este profissional implica tê-lo sempre presente. Sua ausência pode provocar falhas nas estratégias de prevenção, já que diante dessa situação, as mulheres comparecem menos ao CS, segundo os relatos.

Já a ausência de ACS, em algumas microáreas, deixa as mulheres sem informação sobre as ações desenvolvidas pela eSF, uma vez que esses profissionais foram citados como os principais responsáveis pela divulgação na comunidade. Além disso, são eles que promovem a captação de mulheres, fazendo, muitas vezes, o agendamento delas para a coleta do exame. Assim, a falta desses profissionais prejudica a dinâmica de trabalho da equipe e o vínculo com o usuário, reduzindo a atuação da eSF na comunidade, em especial do ACS.

Com relação às ações encontradas neste estudo, observou-se integração da vigilância às práticas de atenção à saúde, o que significa que as enfermeiras possuem uma concepção ampliada de VS, que engloba ações de promoção, proteção e o controle das doenças e agravos à saúde, seguindo as atuais diretrizes nacionais sobre esta política (BRASIL, 2013b). Essa articulação de ações da eSF tanto no CS, em consultas individuais, quanto no território, produzindo intervenções com a comunidade, estimula a mobilização, organização e atuação dos diversos atores na promoção e na defesa das condições de vida e saúde.

As ações encontradas neste estudo refletem o compromisso das enfermeiras com a prevenção e controle do CCU, ao englobarem boa parte das intervenções preconizadas para este campo de atuação, e um olhar constante sobre como essas ações podem ser continuamente ajustadas, considerando os fatores que interferem neste processo. Para facilitar a compreensão dos resultados, a discussão de ações e estratégias de vigilância, implementadas pelas enfermeiras, foram organizadas em três grupos: o primeiro representa a vigilância desenvolvida pelas enfermeiras através de sua atuação em equipe, em especial na orientação de ACSs para a divulgação e captação das mulheres para o exame; o segundo reflete a vigilância desenvolvida junto ao público a respeito da estratégia de prevenção do CCU, a partir da orientação das mulheres sobre o exame e prevenção do câncer; e o terceiro representa a vigilância do câncer por meio de ações específicas à estratégia de rastreamento.

Orientação de Agentes Comunitários de Saúde para a divulgação e captação de mulheres para o exame citopatológico

Os ACSs são fundamentais para a implementação das ações de saúde, já que conhecem a dinâmica social e as formas de organização da comunidade, tornando-se facilitadores para a equipe, tanto como mediadores entre o conhecimento popular e o conhecimento científico quanto na identificação de demandas da população local (GARCIA, GONÇALVES, BRIGAGÃO, 2013; PINTO; FRACOLLI, 2010). Desta forma, a orientação e preparo deste profissional contribui para a cobertura de ECp, sobretudo a partir de sua atuação na divulgação do exame e captação das mulheres para a coleta, conforme identificou este estudo.

A orientação de ACS ocorre durante as reuniões semanais e mensais da eSF. Esses profissionais são preparados para a abordagem individualizada da mulher durante as visitas domiciliares e orientados a verificar as mulheres de sua área que não estão com exame em dia, de forma que elas sejam informadas a respeito dos dias e horários de coleta no CS. Em casos em que a mulher está há muitos anos sem fazer o exame, as ACSs são orientadas a agendá-lo o mais breve possível, considerando a disponibilidade da mulher.

A divulgação do exame e da agenda de coleta adotada no CS é fundamental para a qualidade do acesso ao rastreamento. O ACS tem papel importante nessa ação, por ser o profissional que está mais próximo das mulheres, aproveitando o momento da divulgação para orientá-las sobre outros fatores relacionados ao rastreio (STUDS et al., 2012; MOCK et al., 2007). Quando possuem a informação correta sobre a estratégia de rastreamento e as formas de se prevenir contra o CCU, as mulheres sabem quando procurar o serviço e ajudam na divulgação para outras mulheres da comunidade (TUNG, LU, COOK, 2010). Isso contribui para o entendimento e adoção das recomendações científicas do rastreio por ambos, profissional e população feminina, favorecendo a captação e ampliando a cobertura de exames de mulheres da população alvo (STUDS et al., 2012; MORREL et al., 2010; DUNN, TAN, 2010).

A captação de mulheres é uma estratégia eficaz para o aumento da cobertura de exames, em especial quando adotada de forma combinada com outras estratégias, como a divulgação pelo ACS (MENON, SZALACHA, PRABHUGHATE, 2012). A captação para o exame envolve o controle do resultado e da data do último exame feito pela mulher. O resultado desse exame é o primeiro critério a ser analisado pelo profissional, que deverá

convocar a mulher para o seguimento do caso, quando o resultado for positivo, de acordo com a alteração identificada. Nos casos negativos para CCU, o profissional deve orientar a mulher quanto à periodicidade recomendada para nova coleta, de acordo com a avaliação clínica dela. Esse controle deve ser contínuo, para possibilitar a captação em tempo hábil e garantir a detecção precoce e o tratamento oportuno de lesões uterinas (INCA, 2011).

Apesar de as ACSs serem as principais responsáveis por essas ações, todos os profissionais estão orientados a abordar a mulher quando elas vão ao CS para outro atendimento, questionando-as sobre o último exame e agendando-o, se necessário. Mesmo contribuindo para o aumento do número de mulheres com ECp, essa estratégia se restringe àquelas que vão espontaneamente ao CS, deixando de fora muitas das mulheres faltosas, em especial aquelas que estão na faixa etária alvo do rastreio.

Análises de programas de rastreamento tem evidenciado que as mulheres que procuram os serviços espontaneamente não são aquelas que mais precisam (MURATA; GABRIELLONI; SCHIRMER, 2012; CORREA, VILLELA, ALMEIDA, 2012; VALE, et al., 2010). Esses estudos apontam que a estratégia de rastreamento ainda se caracteriza como restrita às mulheres com menos de 25 anos que vão espontaneamente ao serviço para cuidados primários de saúde, pré-natal e/ou planejamento familiar, sem direcionar esforços de captação da população com maior risco de desenvolver a doença.

A captação para o exame deve basear-se nas recomendações da estratégia, que segue o princípio da equidade de atenção à saúde. A equidade pressupõe atentar-se para as necessidades individuais e coletivas, assegurando prioridade a grupos com mais necessidades, sociais ou clínicas, na condução do processo de cuidado (GRANJA, et al., 2010). Assim, todas as mulheres que possuem alto risco para o CCU têm prioridade em realizar o exame, por necessitarem mais do que aquelas que não possuem fatores de risco e, por isso, devem ser identificadas pela eSF para que se possa realizar a sua captação. No grupo de alto risco, a captação deve ser direcionada primeiramente àquelas que estão em falta, ou que apresentaram alteração no último exame e não compareceram para o seguimento do caso.

No caso de mulheres que procuram espontaneamente o serviço para realizar o exame, esse mesmo critério precisa ser utilizado para avaliar a necessidade de coleta ou não. Cabe aos profissionais tomar essa decisão,

lembrando que sempre que incluir na agenda e dedicar um tempo de seu trabalho para a coleta de uma mulher que não corresponde aos critérios do rastreamento, um esforço a menos será feito no sentido de captar aquelas que realmente precisam ser rastreadas. Desta forma, o princípio de equidade deve permear a atuação profissional e, nos casos em que não há necessidade de coletar o ECp, a mulher precisa receber orientações sobre os motivos, até que fique totalmente esclarecida.

Orientação de mulheres sobre o rastreamento do câncer do colo do útero

A orientação às mulheres é um requisito imprescindível das estratégias de rastreamento (OPAS, 2013). É necessário investir na informação e sensibilização das mulheres sobre a prevenção contra o câncer cervical e orientar esta população, a fim de que a demanda pelo exame vá ao encontro da proposta do rastreamento, alcançando as mulheres que mais precisam (CORREA, VILLELA, ALMEIDA, 2012).

Neste estudo, a orientação de mulheres acerca do exame é realizada pelas ACSs, durante as visitas domiciliares, pela eSF durante todos os contatos com as mulheres no CS, mas, principalmente, é durante a consulta de enfermagem que esta atividade acontece mais fortemente. Entre as orientações relacionadas ao exame, as enfermeiras falam sobre como o exame é coletado e o que ele busca identificar, sobre como e quando retirar o resultado do exame, sobre a faixa etária alvo de coleta do ECp e sua periodicidade. Além disso, buscam esclarecer mitos relacionados ao exame e discutir as crenças das mulheres, como forma de desfazer medos oriundos de experiências anteriores com o exame e da falta de informação sobre as formas de prevenção.

Todas as mulheres dos CSs deste estudo possuem acesso garantido ao rastreio do CCU, sendo que a idade não é impeditiva para o ECp. Durante a consulta de enfermagem, as enfermeiras avaliam cada caso e decidem pela coleta através da anamnese e queixa da mulher. Em geral, as enfermeiras consideram prioritariamente a história prévia de relação sexual do que a faixa etária alvo do rastreamento. Em alguns Casos, as enfermeiras reconhecem que muitas das mulheres com menos de 25 anos, que procuram o serviço, não teriam os critérios recomendados para a realização do exame, porém, afirmam que fazem a coleta por insistência da usuária.

A população alvo do rastreio, no Brasil, foi definida a partir de estudos populacionais que identificam a faixa etária com maior taxa de incidência do

CCU (BRASIL, 2013b; INCA, 2011; ANTTILA, et al., 2011; ARBYN, et al., 2009). Esses estudos mostram que a maioria das lesões identificadas em mulheres com menos de 30 anos não são precursoras do CCU e regredem espontaneamente, sendo que a morbidade por essa doença aumenta com a idade, prevalecendo maiores taxas na faixa etária acima de 30 anos. Além disso, a avaliação da população alvo é essencial para o planejamento de ações efetivas, sendo relevante a implantação de estratégias de recrutamento ativo que alcancem especialmente as mulheres em desvantagem socioeconômica (CORREA, VILLELA, ALMEIDA, 2012).

A baixa condição socioeconômica é um fator de risco para o CCU, sendo bem discutida na literatura brasileira sua relação com a alta incidência da doença em populações mais carentes (MANZO, et al., 2011). Assim como no Brasil, estudo realizado no Canadá mostra que altas taxas de cobertura do ECp estão associadas com maior renda familiar, maior nível de educação, idade mais jovem e ser casada. Assim, a baixa condição socioeconômica e de escolaridade das mulheres está relacionada à falta de adesão ao exame (KHADILKAR; CHEN, 2013).

A informação/educação em saúde guarda estreita relação com adoção de hábitos e estilos saudáveis de vida. A educação em saúde contribui para o entendimento de que o exame é uma forma simples de detecção precoce da doença, permitindo intervir e tratar lesões antes delas se tornarem invasivas (FELICIANO; CHRISTEN; VELHO, 2010; TUNG, LU, COOK, 2010). À medida que as mulheres conhecem a finalidade e entendem a necessidade, passam a adotar uma postura ativa de autocuidado e a procura pelo exame torna-se frequente (ROGERS; CANTU, 2009; MARTIN, 2008).

Em todos os Casos, ao final da consulta, as enfermeiras orientaram sobre a retirada do resultado do exame e, independentemente de ser positivo ou negativo, também orientaram a mulher a realizar novo exame em um ano. Apenas em um dos Casos, em que a equipe elaborou uma planilha específica para controle dos exames, a enfermeira segue a recomendação de coleta trienal após dois exames anuais sem alterações, e procura orientar as mulheres até que elas compreendam que não há necessidade de coleta. O controle de exames, portanto, torna-se indispensável na estratégia de rastreio, tanto para orientar e captar mulheres que precisam de algum tratamento, quanto para estabelecer uma periodicidade coerente para cada mulher.

A recomendação de periodicidade para realização do ECp baseia-se na história natural da doença, que leva de três a cinco anos para se desenvolver,

sendo rara a sua identificação em um período menor de 3 anos. Além disso, estudos realizados pela Agência Internacional para Pesquisas sobre Câncer (IARC), que compararam a eficácia do rastreo anual e trienal, não encontraram vantagens de realizar o exame anualmente, visto que ele não apresenta maior taxa de detecção precoce (INCA, 2011). Adotar esses critérios na avaliação de inclusão de mulheres no rastreo contribui para que todas aquelas que se encontram sob maior risco para a doença sejam efetivamente rastreadas no período de três anos, reduzindo as iniquidades em saúde e contribuindo para a prevenção do CCU.

Além de abordar essas recomendações, profissionais de saúde precisam orientar as mulheres sobre as medidas preventivas do CCU. A coleta do exame é considerada, por muitas mulheres, um procedimento invasivo, do qual possuem medo, vergonha, ansiedade e desconforto por expor tanto sua individualidade (MISTURA, et al., 2011). Essas sensações costumam gerar prolongados adiamentos na procura do serviço de saúde e, muitas vezes, até negação ao exame por muitos anos. Esses aspectos subjetivos da mulher significam, assim, barreiras para o rastreo e prevenção do CCU e precisam ser considerados pelos profissionais de saúde, especialmente por aquele que realiza o exame (MENON, SZALACHA, PRABHUGHATE, 2012).

Uma postura profissional técnica e ética, interessada em conhecer a concepção da mulher sobre o exame, não só preserva a privacidade da mulher, mas proporciona conforto durante a coleta e, principalmente, auxilia no esclarecimento de dúvidas e receios. Esforços de intervenção devem abordar estas percepções, a fim de aumentar a confiança das mulheres na realização do ECp e ampliar a disponibilidade e acessibilidade ao rastreo do câncer (TUNG, LU, COOK, 2010). Ademais, a incorporação dessas informações no planejamento, organização e desenvolvimento das atividades, instrumentalizam os profissionais na prática de prevenção em saúde, fortalecendo vínculos e estimulando a participação periódica das mulheres no rastreamento do CCU (FELICIANO; CHRISTEN; VELHO, 2010; TUNG, 2010).

Rastreamento do câncer do colo do útero pelas enfermeiras dos Centros de Saúde

As ações de VS relacionadas à estratégia de rastreo, destacadas pelas enfermeiras, incluíram a realização do ECp, a avaliação das ações com base

na análise do indicador de cobertura e o seguimento de mulheres com exame alterado.

A coleta do ECp é realizada no CS, em geral, pelas enfermeiras durante a consulta de enfermagem, mas, algumas vezes, o médico também faz a coleta. Em todos os Casos a coleta ocorre através de agendamento, sendo disponibilizado de um a quatro turnos de quatro horas para isso. Em geral, o agendamento é realizado por telefone, diretamente no CS ou durante a visita domiciliar pelas ACSs. A maioria dos Casos também atende à demanda espontânea, reservando um turno de quatro horas na semana.

Combinar o atendimento programado à demanda espontânea é o ideal para ampliar o acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2011). Essa forma de organização permite que mais mulheres participem da estratégia de rastreamento, uma vez que possibilita o atendimento tanto àquelas que preferem a consulta agendada quanto às que não tem como estabelecer uma data para a coleta do exame.

Além de dias e horários específicos para a coleta, em um dos Casos, a enfermeira relatou realizar o exame durante outros contatos com a mulher, como consultas de pré-natal e entre as consultas médicas. Em todos os Casos, o exame é realizado ao final da consulta de enfermagem, sendo parte de um atendimento integral à mulher e não apenas um procedimento técnico. As mulheres são abordadas, para além de sua queixa ginecológica, sobre a sexualidade, relação conjugal, aspectos alimentares, de emprego e outras questões que queiram conversar e esclarecer com as enfermeiras. A atenção integral à saúde da mulher compreende uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas. Isso implica nortear o atendimento pelo respeito das crenças da mulher, às diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores do profissional (BRASIL, 2004). Essa abordagem integral é pré-requisito para a criação de confiança e vínculo com a mulher, e a sua adesão aos serviços de saúde é fundamental para a qualidade das ações de prevenção do CCU.

Essa qualidade é constantemente avaliada pelas enfermeiras e suas equipes, através da avaliação das ações realizadas por elas. A avaliação é feita anualmente, durante as reuniões de equipe e no encontro de enfermeiros do Distrito Sanitário. Em ambos os momentos é feita com base na análise da

razão de cobertura alcançado ao longo do ano. Para isso, o setor de VS do DS disponibiliza um relatório com a cobertura de cada CS a todos os enfermeiros.

Nas reuniões de equipe, as enfermeiras utilizam-se desse relatório, de dados do prontuário eletrônico utilizado no CS e de informações do SISCAN para discutir as ações realizadas e reprogramá-las para o ano seguinte. Da mesma forma, nas reuniões do DS é realizado um balanço da cobertura e das ações desenvolvidas, discutindo-se o que pode ser mantido e/ou melhorado em cada CS. Em um desses Casos, a eSF utiliza também a planilha de controle dos ECp que elaborou especificamente para auxiliar na análise da cobertura e permitir identificar a data do último exame, facilitando a captação das mulheres que estão em falta. Apenas em um dos Casos a enfermeira relatou não fazer avaliação das ações, justificando que não possui acesso ao indicador devido ao fato de o CS não ser informatizado.

O acompanhamento e análise do indicador de cobertura é uma ação preconizada nas diretrizes brasileiras para a prevenção e controle do CCU (BRASIL, 2013a). A informação em saúde contribui para o gerenciamento das ações de prevenção dessa doença, fazendo parte de um processo de identificar os problemas, bem como desenvolver as ações programadas para buscar alternativas de solucioná-los. Por outro lado, a informação representa um resultado dessas estratégias, fornecendo um panorama do trabalho realizado no território e das ações desenvolvidas (PETERLINI; ZAGONEL, 2006). Nesse sentido, para que as ações do rastreamento sejam efetivas, as estratégias implementadas pela eSF devem ser constantemente avaliadas e reprogramadas, conforme as mudanças e necessidades que se apresentam no território.

No trabalho na APS é constante a utilização de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) para a análise de indicadores. No caso do CCU, o SISCAN é o sistema atual de monitoramento das estratégias de rastreamento e tratamento das mulheres. Como encontra-se em fase de implantação no município deste estudo, ainda é pouco utilizado pelas eSF, tendo sido citado apenas por uma enfermeira. A proposta deste sistema é permitir o acompanhamento individualizado de cada mulher, através do cartão SUS, a fim de identificar a cobertura real dos exames de rastreio, condutas e procedimentos realizados pela mulher, bem como o seguimento dado a cada caso (INCA, 2013).

Quanto ao seguimento de mulheres com exame alterado, na maioria dos Casos, as enfermeiras anotam os resultados de ECp em um caderno específico

para isso e, em um deles é utilizada a planilha de Excel elaborada pela eSF. Assim que recebem os exames, as enfermeiras fazem a anotação do resultado, disponibilizando aqueles com resultado negativo (normal) na recepção do CS para serem retirados pelas mulheres, conforme orientações repassadas durante a consulta. Para os exames com resultado positivo, as enfermeiras fazem contato telefônico com as mulheres, agendando a retirada do exame para realizar orientações sobre o seguimento do caso. Na maioria deles, as mulheres são encaminhadas para consulta com o ginecologista, na policlínica do DS, para confirmação diagnóstica. O seguimento é dado de acordo com o protocolo adotado no município, que se baseia nas recomendações do INCA.

Na APS, a existência de um protocolo, além de subsidiar a prática, confere autonomia e segurança para as diferentes situações que o profissional enfrenta no trabalho na ESF (JACQUES; GONÇALO, 2007). O fato de possuir maior autonomia no atendimento à mulher contribui para a conclusão dos casos e cobertura de ECp de forma que nem a enfermeira nem a usuária precisam aguardar para realizar algum procedimento. Além de proporcionar atendimento e tratamento oportuno à mulher, esta conduta reflete diretamente na satisfação da população frente aos serviços prestados pela ESF, contribuindo para a implantação de uma cultura de confiança nos serviços prestados nesse nível de atenção. Ao mesmo tempo, o profissional se vê estimulado para desempenhar suas atribuições, visto que se sente valorizado e tem o seu trabalho reconhecido.

Todas as ações e estratégias desenvolvidas pelas enfermeiras deste estudo são intensificadas no mês de outubro, durante a Campanha Outubro Rosa. Apenas em um dos Casos essa campanha não foi citada como uma ação, e sim como uma estratégia que prioriza as ações relacionadas à prevenção do CCU, visando contribuir para a conscientização das mulheres sobre a importância do rastreamento periódico.

Como ação, a Campanha Outubro Rosa é realizada através de parcerias com instituições da comunidade para arrecadar produtos de higiene pessoal e presentear as mulheres que comparecem para o exame. Alguns CS estendem o atendimento para o sábado, quando a eSF se mobiliza para escala de revezamento. Em geral, neste mês, a mulher não precisa agendar para coletar o exame, ela o faz a qualquer momento que chegar no CS. A divulgação das estratégias nesse período continua sendo executada pelas ACSs, sendo que em apenas um dos Casos são elaborados e distribuídos materiais educativos (*folder*) na comunidade.

O movimento Outubro Rosa é uma ação mundialmente reconhecida de conscientização sobre o câncer de mama feminino, representada por laço cor de rosa. Nasceu da mobilização popular em 1990, em Nova Iorque, nos Estados Unidos e hoje é celebrado anualmente em diversos países (INCA, 2014). No Brasil, as instituições aderem ao movimento através de ações específicas às mulheres ou apenas adotando a cor rosa, seja na decoração, iluminação ou nos trajes utilizados pelos profissionais. Nos serviços de saúde, a ação é implementada como forma de valorizar a saúde das mulheres e estimular a adoção de práticas de promoção e prevenção à saúde, incluindo as ações de prevenção do CCU no rol das atividades da Campanha. Geralmente, durante o mês de outubro, há maior procura espontânea das mulheres pelos serviços e também uma reorganização dos serviços para o atendimento das mulheres, o que contribui para o aumento da cobertura de ECp no período.

Além das ações já descritas, um dos Casos também citou a vacinação contra HPV como uma ação de prevenção do CCU. O vírus HPV é transmitido via sexual e estima-se que 80% das mulheres terão, pelo menos, uma infecção por HPV na vida (BRASIL, 2013). O vírus possui 152 subtipos, sendo 12 deles considerados oncogênicos. Os subtipos 16 e 18 são responsáveis por 70% dos casos de CCU e os subtipos 6 e 11 respondem pela ocorrência de 90% das lesões de baixo risco para câncer (IARC, 2007).

As vacinas desenvolvidas contra esse vírus são bivalentes, protegendo contra os subtipos mais oncogênicos (16 e 18); e tetravalentes, que protegem, além dos subtipos 16 e 18, contra o 6 e o 11 também. No Brasil, a vacina foi introduzida no Calendário Nacional de Vacinação do Adolescente, sendo administrada para a população feminina de 11 a 13 anos que ainda não tiveram relações sexuais, com o intuito de protegê-las de futura infecção. A partir de 2016, a faixa etária será a partir dos 9 anos de idade (DIVE/SC, 2014). Em outros países, a vacina é aplicada também em homens, visto que podem contrair e transmitir a doença (OPAS, 2013).

A estratégia recomendada para a implementação da vacinação realizar esta atividade tanto nos CSs quanto nas escolas da rede pública e privada dos municípios (DIVE/SC, 2014). Neste estudo, esta ação foi coordenada pela enfermeira e desenvolvida em parceria com a escola local. A estratégia utilizada foi a sensibilização de meninas da faixa etária de 11 a 13 anos, através de uma palestra, e a entrega de um termo para autorização pelos pais e/ou responsáveis. Aquelas que retornaram na data agendada para a vacina,

com o documento assinado, foram vacinadas. Para as que não apresentaram termo, foi informado que a vacina estaria disponível no CS.

A integração da eSF com as escolas do território é essencial para as atividades desenvolvidas para crianças e adolescentes, pela facilidade de acesso a este público. Além disso, as escolas interferem diretamente na produção social da saúde e vida cotidiana, discutindo valores, crenças, mitos, hábitos e estilos de vida em momentos em que os indivíduos estão mais suscetíveis à reflexão sobre esses aspectos. Nessa perspectiva, é de especial importância a atuação desses setores junto a crianças e adolescentes, sujeitos em desenvolvimento, na construção de projetos saudáveis de vida (AERTS, et al., 2004).

Isoladamente, a vacinação tem pouco impacto sobre a morbidade e mortalidade por CCU, já que imuniza somente contra subtipos específicos do vírus que causa a doença. Assim, é importante salientar que a vacinação contra o HPV deve ser aliada a outras estratégias de prevenção primária, como o uso de preservativos nas relações sexuais, e deve ser complementar ao rastreio do CCU (DIVE/SC, 2014). Estudo feito no Brasil, em 2007, estima que a vacinação de 70% das meninas contra o HPV antes dos 12 anos, combinada com a realização de, pelo menos, três ECp em mulheres de 35 a 45 anos, preveniria 100.000 novos casos de câncer invasor, reduzindo o risco de câncer na vida das mulheres em 61% (NOVAES, et al., 2007). Desta forma, além de orientação sobre métodos preventivos contra doenças sexualmente transmissíveis que deve ser inserida na atenção dessa população, ao chegarem à faixa etária da estratégia de rastreamento, essas meninas devem realizar a coleta do ECp conforme as diretrizes adotadas pelos municípios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso múltiplo evidenciou as ações de vigilância desenvolvidas por enfermeiras de atenção primária na prevenção do câncer do colo do útero, descrevendo as estratégias implementadas pelos Casos.

Identificou-se que essas estratégias favorecem a manutenção de uma cobertura acima do parâmetro mínimo pactuado, pois envolvem o trabalho em equipe, a compreensão de que as mulheres são personagens ativas no processo de prevenção e na adoção do rastreamento como a principal forma de detectar precocemente a doença. Destacam-se entre as ações e estratégias,

a captação e sensibilização de mulheres pelas ACSs, que são continuamente orientadas para isso, e as ações específicas do rastreo, que englobam desde a coleta até a avaliação da cobertura de exame pelas enfermeiras.

Essas estratégias sofrem a interferência de fatores que nem sempre contribuem positivamente para a cobertura de exame, como a realização indiscriminada de exames fora da faixa etária alvo do rastreamento e a recomendação de coleta anual dada pelas enfermeiras. Nesse sentido, é preciso reforçar entre os profissionais de saúde que as bases científicas e a efetividade de cada recomendação para o rastreamento é essencial para reduzir práticas desnecessárias, como o exame anual, que não refletem a cobertura real da população, desperdiçam recursos e falham em reduzir a incidência e mortalidade pelo CCU.

Cabe ressaltar que a prevenção do CCU na APS envolve a colaboração de toda a equipe de saúde, todavia, destacou-se neste estudo o importante papel das ACSs que criam pontes entre as mulheres e os profissionais, percorrendo a comunidade, divulgando as ações implementadas pela equipe e promovendo a adesão das usuárias nas atividades necessárias à manutenção de sua saúde. Além deste profissional, evidenciou-se o enfermeiro como um importante ator da atenção integral à saúde da mulher, sendo o principal responsável pelas ações de prevenção e controle do CCU na APS do município. Este profissional desenvolve ações de cuidado à mulher e atividades coletivas, na comunidade. Além disso, contribui para o estímulo e organização da equipe no sentido dos objetivos traçados coletivamente, é responsável pela avaliação das ações realizadas e coopera significativamente para o alcance e manutenção das metas pactuadas para a prevenção do CCU.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ALVES, G. G.; LA SALVIA, M. W.; ABEGG, C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cad. Saúde Pública**. Vol.20, n.4, p. 1020-28. 2004.

ANTTILA, A; et al. Cervical cancer patterns with automation-assisted and conventional cytological screening: a randomized study. **Int J Cancer**. Vol. 128, n. 5, p.1204-12. 2011.

ARBYN, M; et al. Trends of cervical cancer mortality in the Member States of the European Union. **Eur J Cancer**. Vol. 45, n. 15, p.2640-8. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de prevenção e controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doença crônica no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 17 maio 2013c. Seção 1. p. 129.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1818> Acesso em: 20 out. 2014.

CORREA, D. A. D.; VILLELA, W. V.; ALMEIDA, A. M. de. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. **Texto contexto - enferm**. Vol.21, n.2, p. 395-400. 2012.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (SC). **Informe técnico sobre a vacina papilomavírus humano (HPV) na Atenção Básica**. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Gerência de Vigilância de Doenças Imunopreveníveis e Imunização. Programa estadual de imunizações. Santa Catarina: 2014.

DUNN, R. A.; TAN, A. K. G. Cervical cancer screening in Malaysia: Are targeted interventions necessary? **Social Science & Medicine**. Vol. 71, p.1089-93. 2010.

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

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. Vigilância Epidemiológica. **3º Boletim Epidemiológico 2013**: hepatites virais e câncer de colo de útero. 2013a. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_12_2013_14.14.55.56689e176e28161439fc0343313324a9.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2014.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Primária. **Classificação dos Centros de Saúde por Distritos Sanitários, área, modelo de atenção, número de microáreas e população**. Florianópolis: SMS, 2013b. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+da+familia&menu=6>>. Acesso em set. 2013.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher. **Protocolo de atenção integral a saúde da mulher**. Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.

GARCIA, N. K.; GONÇALVES, R.; BRIGAGÃO, J. I. M. Ações de atenção primária dirigidas às mulheres de 45 a 60 anos de idade. **Rev. Eletr. Enf.** Vol. 15, n. 3, p.713-21. Jul.-Set., 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18529>. DOI: 10.5216/ree.v15i3.18529. Acesso: out. 2014.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. de C.; FRACOLLI, L. A. Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Vol. 34, n. 1. 2010.

GUERRERO, P.; MELLO, A. L. S. F. de; ANDRADE, S. R. de; ERDMANN, A. L. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto - enferm.** Vol.22, n.1, p. 132-140. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

_____. (Brasil). **Sistema de informação do câncer**: manual preliminar para apoio à implantação /Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2013.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER (IARC). Working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Human papillomaviruses. **Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans**. Vol 90, p. 1-636, 2007. Disponível em: <<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol90/mono90.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2014.

JACQUES, E. J.; GONÇALO, C. R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. **Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, vol. 4, n. 1, p.106-124, 2007.

KHADILKAR, A.; CHEN, Y. Rate of cervical cancer screening associated with immigration status and number of years since immigration in Ontario, Canada. **J Immigrant Minority Health**. Vol. 15, p.244–248. 2013.

MANZO, B.F.; et al. Fatores relacionados a não continuidade da realização do exame citológico Papanicolaou. **Percurso Acadêmico**. Belo Horizonte, vol. 1, n. 2, p. 227-241. 2011.

MARTIN, J. T. Do women comply with recommendations for Papanicolaou smears following colposcopy? A retrospective study. **Journal of Midwifery & Women's Health**. Vol. 53, n. 2, Mar.-Apr., 2008.

MELO, M. C. S. C.; VILELA, F.; SALIMENA, A. M. O.; SOUZA, I. E. O. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Vol. 58, n.3, p. 389-398. 2012.

MENON, U; SZALACHA, L.A.; PRABHUGHATE, A. Breast and cervical cancer screening among South Asian immigrants in the United States. **Cancer Nurs**. Vol. 35, n. 4, p.278-87. Jul-Aug., 2012.

MOCK, J.; et al. Effective lay health worker outreach and media-based education for promoting cervical cancer screening among Vietnamese American women. **American Journal of Public Health**. Vol. 97, n. 9. Sep., 2007.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. de F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**. Vol.43, n.2, p. 358-364. 2009.

MORRELL, et al. Outcomes from a mass media campaign to promote cervical screening in NSW, Australia. **J Epidemiol Community Health**. Vol. 64, p.777-783. 2010.

MURATA, I. M. H.; GABRIELLONI, M. C.; SCHIRMER, J. Cobertura do Papanicolaou em mulheres de 25 a 59 anos em Maringá-PR, Brasil. **Rev. Brasileira de Cancerologia**. Vol. 58, n. 3, p. 409-415. 2012.

NOVAES, H. M. D.; et al. **Avaliação tecnológica de vacinas para a prevenção de infecção por papilomavírus humano (HPV): estudo de custo-efetividade da incorporação de vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações/PNI do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://portal2.saude.gov.br/rebrats/visao/estudo/detEstudo.cfm?codigo=81&evento=6&v=true>>. Acesso em: 05 out. 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres**. Washington, DC: OPAS, 2013.

PETERLINI, O. L. G.; ZAGONEL, I. P. S. O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol.15, n. 3, p. 418-26. Jul-Set., 2006.

PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Rev. Eletr. Enf**. Vol. 12, n. 4, p.766-9. 2010.

ROGERS, N.M.; CANTU, A.G. The nurse's role in the prevention of cervical cancer among underserved and minority populations. **J Community Health**. Vol. 34, n. 2, p.135-43. Apr., 2009.

STUDTS, C. R.; et al. A community-based randomized trial of a faith-placed intervention to reduce cervical cancer burden in Appalachia. **Preventive Medicine**. Vol. 54, p. 408–414. 2012.

TUNG, W. C. Benefits and barriers of Pap smear screening: differences in perceptions of Vietnamese American women by stage. **Journal of Community Health Nursing**. Vol. 27, p.12–22. 2010.

TUNG, W. C.; LU, M.; COOK, D. Papanicolaou Screening in Taiwan: perceived Barriers and Self-Efficacy. **Health Care for Women International**. Vol. 31, p.421–434, 2010.

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

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender como as ações de vigilância do CCU, desenvolvidas por enfermeiras de atenção primária, podem contribuir para a cobertura de ECp.

A cobertura desse exame é um indicador que permite inferir sobre a qualidade das ações de prevenção do CCU desenvolvidas nos serviços de saúde, através da proporção de mulheres que realizam a coleta de ECp. Altas coberturas têm impacto reconhecido na redução da mortalidade pela doença, o que permite dizer que a busca por razões satisfatórias desse indicador deve ser uma meta a ser perseguida pelos profissionais de saúde ao se implementar estratégias para o controle da doença. Quando desenvolvidas de acordo com as recomendações científicas de rastreamento do CCU, e buscando-se corresponder aos objetivos e metas pactuados para o a realização das ações de prevenção desse câncer, as estratégias de prevenção podem produzir resultados significativos nos dados sobre a saúde das mulheres e sobre as taxas de morbimortalidade por CCU.

Os resultados deste estudo permitiram explorar a razão de cobertura de ECp, as ações desenvolvidas para a prevenção e controle do CCU e as estratégias implementadas por enfermeiras da APS para o alcance e manutenção da cobertura. Destacaram-se a colaboração do ACS na captação de mulheres e divulgação das estratégias da equipe, que faz aumentar a participação de mulheres no rastreamento, bem como fortalece o vínculo das usuárias com os profissionais de saúde; e a coordenação das ações pelas enfermeiras que lideram as equipes e estimulam o engajamento de todos na execução e aprimoramento das atividades, com vistas ao rastreamento efetivo de mulheres. As estratégias implementadas nos CSs deste estudo levaram à cobertura média de 60% da população alvo no ano de 2013.

Cabe salientar, no entanto, que as estratégias desenvolvidas são influenciadas por fatores que tanto contribuem quanto dificultam o alcance da cobertura pactuada. Entre aqueles que facilitam esse alcance, destaca-se o controle da data do último exame feito pelas enfermeiras, que possibilita a captação de mulheres em atraso. O controle de exame é fundamental para garantir a eficácia do rastreamento do CCU, pois contribui para fortalecer o vínculo com a mulher, que se sente valorizada por ser convidada pelo profissional e passa a aderir espontaneamente ao exame nos anos seguintes e

para a manutenção da periodicidade correta de coleta do citopatológico, evitando exames anuais desnecessários e possíveis iniquidades no acesso ao procedimento. Entretanto, identificou-se que a orientação inadequada de mulheres quanto à realização anual do exame pode interferir negativamente na cobertura. A frequência anual, além de não apresentar eficácia na identificação precoce de lesões frente à periodicidade trienal, expõe as mulheres a procedimentos invasivos desnecessários, promove o desperdício de recursos e superestima a cobertura de exame. Esse conjunto de ações põe em xeque a qualidade da estratégia de rastreamento, que tende a repetir exames nas mesmas mulheres anualmente, promovendo ainda mais iniquidades ao deixar de fora do rastreio aquelas que mais precisam.

Esses fatores precisam ser, antes de tudo, discutidos com os profissionais que estão na execução direta do rastreio do CCU, pois foram percebidas inúmeras dúvidas e contradições quanto às recomendações de periodicidade e faixa etária alvo para realização do exame. O profissional entende as razões que levaram a cada recomendação, porém, não estão totalmente certos sobre como agir na sua operacionalização, permitindo o acesso desigual ao exame e optando pela alternativa de errar pelo excesso, a deixar de rastrear alguma mulher. Nesse sentido, cabe à gestão municipal a iniciativa de promover espaços para a reflexão coletiva das enfermeiras que atuam na ESF, como forma de unificar as ações de prevenção e tornar o rastreamento do CCU ainda mais qualificado na APS.

Essa qualificação passa pela análise da cobertura real de exames, visando reduzir os fatores que sub e/ou superestimam o indicador, o que será possível com a adoção do SISCAN pelos profissionais do serviço, já que esse sistema permite a análise da cobertura a partir do atendimento de cada mulher e não somente a identificação da quantidade de exames realizados. Apesar de ser mais uma tecnologia que demanda trabalho do profissional, este sistema propõe-se a dar conta das fragilidades de sistemas anteriores e das renormalizações antes necessárias no serviço, visando a facilitar a vigilância do CCU. Desta forma, sugere-se aos profissionais que ainda não fazem uso dessa tecnologia que passem a adotá-la na análise do indicador e avaliação das ações implementadas em sua equipe, como forma de planejá-las de acordo com a necessidades reais da população feminina sob seus cuidados.

Embora os objetivos tenham sido alcançados e tenha-se buscado atender ao rigor científico, este estudo apresentou algumas limitações. Uma delas diz respeito à exclusão do CS que apresentou a maior cobertura de ECp no

município, devido ao pouco tempo de atuação das enfermeiras no serviço. Esse local poderia demonstrar como é possível superar os desafios, tão bem documentados na literatura, no alcance de altas coberturas desse exame ao apresentar as estratégias lá implementadas. Outras limitações estão relacionadas àquelas inerentes ao uso de dados secundários, que podem ser afetados tanto pelo subregistro, quanto pela qualidade da informação, que podem refletir uma cobertura irreal de exame. É importante destacar que no período do estudo iniciou-se a implantação do SISCAN no município e que muitos profissionais passaram a registrar os exames nesse sistema, porém, alguns mantiveram o preenchimento de dados no SISCOLO, o que pode ter ocasionado o duplo registro de exames, superestimando a cobertura.

A experiência vivenciada com este estudo incitou novas inquietações: seria a implementação de Programas, a melhor forma de prevenir doenças crônicas no SUS? Como esses programas podem contribuir efetivamente na redução das taxas de incidência e mortalidade por doenças crônicas na população? O quanto o Programa de Prevenção e Controle do Câncer do Colo do Útero tem contribuído para a redução dessas taxas no Brasil? Por que questões socioeconômicas ainda se apresentam como um dos principais fatores de risco para esta doença? Que desigualdades estão mais diretamente relacionadas à incidência desta doença? Como reduzir essas iniquidades nos serviços de saúde? Como os profissionais de saúde, em especial enfermeiras da APS, podem contribuir neste sentido? Essas enfermeiras estão dispostas a contribuir com a redução de iniquidades e implementação do modelo de atenção proposto pela ESF? O que essas profissionais têm feito para isso? Elas atuam na educação em saúde de mulheres sobre o rastreamento do câncer? Essas mulheres possuem a informação correta em tempo hábil e são continuamente orientadas sobre como se prevenir? O que significa para elas realizar a prevenção desta doença? E o rastreamento do câncer, é desejo das mulheres saber se possuem ou não uma lesão pré-cancerígena? O que isso significa e pode ocasionar em suas vidas?

Este estudo contribuiu, sobretudo, para o entendimento da complexidade que permeia a temática de vigilância e prevenção do câncer do colo do útero na APS, já que muitas são as variáveis que ainda precisam ser estudadas como forma de compreender porque os esforços governamentais, técnicos e civis, ainda não conseguiram reduzir efetivamente a incidência e mortalidade por CCU no país.

Assim, recomenda-se a realização de novas pesquisas na área de vigilância local em saúde. Que novas análises da cobertura do ECp sejam realizadas nos próximos anos, através do SISCAN, a fim de avaliar com mais fidedignidade esse indicador. Recomenda-se a replicação do estudo em Centros de Saúde de outro Distrito Sanitário, que também apresentaram isoladamente alta cobertura. Por mais que as ações desenvolvidas se repitam nos serviços, acredita-se que a maneira como são implementadas faz toda a diferença na conscientização da participação de mulheres, na captação daquelas que mais necessitam de rastreamento e no desempenho do rastreamento do CCU. Isso sugere, ainda, a realização de uma avaliação do programa de rastreamento municipal, com vistas a identificar se as estratégias adotadas são eficazes e se, efetivamente, estão levando a bons resultados de cobertura e de impacto na redução da morbimortalidade por CCU no município.

REFERÊNCIAS

ADDUM, F. M.; SERRA, C. G.; SESSA, K. S.; IZOTON, L. M.; SANTOS, T. B. Planejamento local, saúde ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, vol. 21, n. 3, p. 955-977, 2011.

ALBUQUERQUE, K. M. de; et al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.25, suppl.2, p. s301-s309. 2009.

ANDRADE, S. R. de. Gestão local em saúde. Unidade 2. In: MAGAJEWSKI, F.; ANDRADE, S. R.; CALVO, M. C. M. Especialização em Saúde da Família. Modalidade a Distância. Una SUS. Eixo II - Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Módulo 18: Gestão e Avaliação na Estratégia Saúde da Família**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

ANDRADE, Selma Regina; et al. Pacto pela Vida: da gestão à prática do cuidado em saúde e enfermagem: revisão Narrativa. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, vol.20, n.2, p. 254-9. Abr.-Jun., 2012.

ANTTILA, A; et al. Cervical cancer patterns with automation-assisted and conventional cytological screening: a randomized study. **Int J Cancer**. Vol. 128, n. 5, p.1204-12. 2011.

ANTTILA, A; et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. **Eur J Cancer**. Vol. 45, n.15, p.2649-5. 2009.

ARBYN, M; et al. Trends of cervical cancer mortality in the Member States of the European Union. **Eur J Cancer**. Vol. 45, n.15, p.2640-8. 2009.

BEZERRA, L. C. A.; et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cad. Saúde Pública**, vol.25, n.4, pp. 827-839. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011a. (CONASS Documenta, 23).

_____. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1. p. 1, n 123.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Projeto de Vigilância e Controle de Doenças – Vigisus III: arcabouço para o gerenciamento ambiental do projeto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 109 p. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_operativo2.pdf>. Acesso em: jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil**. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Relação nacional de ações e serviços de saúde – RENASES**. 1. Versão. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Inter federativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Serie Articulação Inter federativa, v. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de prevenção e controle do câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doença crônica no

âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 17 maio 2013c. Seção 1. p. 129.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1818> Acesso em: 20 out. 2014.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**. Vol.8, n.2, p. 569-584. 2003.

CORREA, D. A. D.; VILLELA, W. V.; ALMEIDA, A. M. de. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. **Texto contexto enferm**. Vol.21, n.2, p. 395-400. 2012.

CUNHA; J. A. et al. Liderança transformacional em unidades básicas de saúde. In: CUNHA, C. J. C. A. (org.). **Gestão e liderança em unidades básicas de saúde**. Florianópolis: Pandion, 2011.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (SC). **Informe técnico sobre a vacina papilomavírus humano (HPV) na Atenção Básica**. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Gerência de Vigilância de Doenças Imunopreveníveis e Imunização. Programa estadual de imunizações. Santa Catarina: 2014.

DUARTE, E. C. **Articulação da promoção da saúde e vigilância de DANT**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.

ERDMANN, A. L., et al. Organização das práticas de atenção na rede de saúde. [on-line] **Revista Brasileira de Enfermagem**, Niterói (RJ), vol. 10, n.1, Maio, 2011. Disponível em:

<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3220.1>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Primária. **Classificação dos Centros de Saúde por Distritos Sanitários, área, modelo de atenção, número de microáreas e população**. Florianópolis: SMS, 2013a. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+da+familia&menu=6>>. Acesso em set. 2013.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. Vigilância Epidemiológica. **3º Boletim Epidemiológico 2013: hepatites virais e câncer de colo de útero**. 2013b. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_12_2013_14.14.55.56689e176e28161439fc0343313324a9.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2014.

_____. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Mapoteca Digital**: mapas 2013. 2013c. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=mapas+2013&menu=7>>. Acesso em: 10 out. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: um panorama da saúde no Brasil - Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil**: alimentação, nutrição e atividade física. 2. reimpr. INCA.

Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Rio de Janeiro: INCA, 2012.

_____. (Brasil). Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero. **Histórico das ações de controle do câncer de colo de útero.**

Disponível em: <

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/historico_acoes>.

Acesso em: 18 jun. 2014a.

_____. (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2014b.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER (IARC). Working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Human papillomaviruses. **Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans**, v. 90, p. 1-636, 2007. Disponível em: <<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol90/mono90.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2014.

INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER (ICESCC). Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. **Int. J. Cancer**, [s.l.], vol. 118, n. 6, p. 1481-1495, 2006.

JACQUES, E. J.; GONÇALO, C. R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. **Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, vol. 4, n. 1, p.106-124, 2007.

JORGE, M. S. B.; et al. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Rev Bras Enferm.** Brasília, vol. 60, n.1, p.81-6. Jan-Fev., 2007.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAPS pelos profissionais das equipes de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enferm.** Vol. 31, n. 2, p. 314-320, 2010.

MARTIN, J. T. Do Women Comply with Recommendations for Papanicolaou Smears Following Colposcopy? A Retrospective Study. **Journal of Midwifery & Women's Health.** Vol. 53, n. 2, Mar.-Apr., 2008.

MELO, M. C. S. C.; VILELA, F.; SALIMENA, A. M. O.; SOUZA, I. E. O. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia.** Vol. 58, n.3, p. 389-398. 2012.

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

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 26. Ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2007.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Vol.16, n.5, pp. 889-894. 2008.

NICULA, F. A.; et al. Challenges in starting organised screening programmes for cervical cancer in the new member states of the European Union. **Eur J Cancer.** Vol. 45, n.15, p.2679-84. 2009.

OLIVEIRA, C. M. O.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 14, n.3, p.929-936, 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres.** Washington, DC: OPAS, 2013.

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

PARK, S.; CHANG, S.; CHUNG S. Effects of a cognition-emotion focused program to increase public participation in Papanicolaou smear screening. **Public Health Nursing** Vol. 22, n 4. Jul.-Aug., 2005.

PAULA, C. G.; RIBEIRO, L. B.; PEREIRA, M. C.; BEDRAN, T. Atuação do enfermeiro da atenção básica frente ao controle do câncer uterino: revisão de literatura. **Revista do Centro Universitário Newton Paiva**. Vol. 5, n. 1. 2012.

PETERLINI, O. L. G.; ZAGONEL, I. P. S. O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 15, n. 3, p. 418-26. Jul.-Set., 2006.

RODRIGUES, V. M.; FRACOLLI, L. A.; OLIVEIRA, M. A. C. de. Possibilidades e limites do trabalho de vigilância epidemiológica no nível local em direção à vigilância à saúde. **Rev Esc Enferm USP**. Vol. 35, n.4, p. 313-9. 2001.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M.; SANTANA, E. W. P. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. C. S. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

TAMAKI, E. M.; et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n.4, p.839-849, 2012.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância à saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, vol. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, C. F., SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. (Série Sala de Aula, n. 3). Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/f7/04>>. Acesso em: set, 2013.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. 2004, p.10-24.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**. A. VIII, n. 16. p. 63-67. Out.-Dez., 2007.

TUNG, W. C.; LU, M.; COOK, D. Papanicolaou screening in Taiwan: perceived barriers and self-efficacy. **Health Care for Women International**, vol. 31, p.421–434, 2010.

VALE, D. B. A. P. do; MORAIS, S. S.; PIMENTA, A. L.; ZEFERINO, L. C. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.26, n.2, p. 383-390. 2010.

VARGAS, M. R. P.; et al. **Vigilância da saúde na atenção básica: como constituir esta prática**. Porto Alegre/RS: s/n, 2009. 47 p.

WEIRICH, C. F.; et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 18, n.2, p. 249-57. Abr.-Jun., 2009.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública**. Ribeirão Preto/SP: 2005. 336 p. [Tese]. (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Programmes and projects.**
Cancer. Prevention. Disponível em: <
<http://www.who.int/cancer/prevention/en/>>. Acesso em: 19 out. 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Tradução Ana Thorell. 4. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO

PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO							
CASO: Ações de vigilância para a prevenção e controle do câncer do colo do útero desenvolvidas por enfermeiros nos Centros de Saúde com maior cobertura de exame citopatológico.							
Visão geral do estudo	Proposições teóricas: a utilização de indicadores em saúde pelo enfermeiro contribui para o planejamento e tomada de decisão e que essas tecnologias instrumentalizam-no para o desenvolvimento de ações de vigilância local.						
	Pergunta de pesquisa: Como as ações de vigilância desenvolvidas para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero, por enfermeiros na APS, contribuem para o alcance da cobertura de exame citopatológico?						
	Objetivo do estudo: Compreender como as ações de vigilância desenvolvidas para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero, por enfermeiros de um Distrito Sanitário do município de Florianópolis/SC, contribuem para o alcance da cobertura de exame citopatológico.						
	Referencial teórico: Vigilância Local em Saúde (VLS), segundo políticas públicas de saúde.						
Procedimentos de campo	Unidades de análise: enfermeiros que atuam em equipes de ESF dos CSs que apresentarem maior cobertura de exame citopatológico no Distrito Sanitário selecionado para o estudo.						
	Acesso e saída do campo: O acesso será por meio de reunião mensal dos enfermeiros. A saída de campo ocorrerá após o término dos procedimentos de coleta de dados e do agendamento de um encontro para a divulgação dos resultados da pesquisa para a equipe de cada ESF, com o coordenador do Distrito.						
	<u>Plano de coleta de dados:</u> Os SIS serão utilizados para identificar a cobertura de exame, antes da observação que será realizada nesta pesquisa; na observação e na entrevista se buscará conhecer as ações de vigilância desenvolvidas pelos enfermeiros: como elas são desenvolvidas e como contribuem para a cobertura de exame citopatológico.						
Questões do estudo	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">Levantamento</td> <td>Identificar dados nos SIS, que representem a situação da cobertura de exame citopatológico nos CS;</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Observação</td> <td>Quais as ações de vigilância desenvolvidas pelos enfermeiros; Como as ações são implementadas; O enfermeiro utiliza os SIS/indicadores para a tomada de decisão; De que forma as suas decisões se baseiam nas informações de saúde; Que ações de vigilância ele realiza após tomar sua decisão; Que orientações são dadas as mulheres durante o exame.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Entrevista</td> <td>Como você realiza análise da situação de saúde na sua Unidade? Se não realiza, como você toma conhecimento das necessidades de intervenção em saúde? Como você utiliza os SIS e indicadores de saúde da sua comunidade? Como as ações de vigilância são desenvolvidas nesta unidade? O que possibilita que essas ações sejam desenvolvidas? Fale-me sobre o que você entende por vigilância em saúde.</td> </tr> </table>	Levantamento	Identificar dados nos SIS, que representem a situação da cobertura de exame citopatológico nos CS;	Observação	Quais as ações de vigilância desenvolvidas pelos enfermeiros; Como as ações são implementadas; O enfermeiro utiliza os SIS/indicadores para a tomada de decisão; De que forma as suas decisões se baseiam nas informações de saúde; Que ações de vigilância ele realiza após tomar sua decisão; Que orientações são dadas as mulheres durante o exame.	Entrevista	Como você realiza análise da situação de saúde na sua Unidade? Se não realiza, como você toma conhecimento das necessidades de intervenção em saúde? Como você utiliza os SIS e indicadores de saúde da sua comunidade? Como as ações de vigilância são desenvolvidas nesta unidade? O que possibilita que essas ações sejam desenvolvidas? Fale-me sobre o que você entende por vigilância em saúde.
	Levantamento	Identificar dados nos SIS, que representem a situação da cobertura de exame citopatológico nos CS;					
	Observação	Quais as ações de vigilância desenvolvidas pelos enfermeiros; Como as ações são implementadas; O enfermeiro utiliza os SIS/indicadores para a tomada de decisão; De que forma as suas decisões se baseiam nas informações de saúde; Que ações de vigilância ele realiza após tomar sua decisão; Que orientações são dadas as mulheres durante o exame.					
Entrevista	Como você realiza análise da situação de saúde na sua Unidade? Se não realiza, como você toma conhecimento das necessidades de intervenção em saúde? Como você utiliza os SIS e indicadores de saúde da sua comunidade? Como as ações de vigilância são desenvolvidas nesta unidade? O que possibilita que essas ações sejam desenvolvidas? Fale-me sobre o que você entende por vigilância em saúde.						
Relatório	Um relatório por Caso						
	Ações de vigilância desenvolvidas em cada Caso; Estratégias utilizadas para desenvolver as ações, em cada Caso; Fatores relacionados à cobertura de exame citopatológico, de cada Caso.						

APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO		
UNIDADE DE ANÁLISE:	MOMENTO/LOCAL/DATA DE OBSERVAÇÃO:	TEMPO DE OBSERVAÇÃO:
ASPECTOS A OBSERVAR	NOTAS DE OBSERVAÇÃO	NOTAS DE REFLEXÃO
Observar como as informações sobre a situação de saúde de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos são trabalhadas/processadas		
Observar quais os SIS/indicadores relacionados a essa população são mais utilizados pelo enfermeiro		
Observar como as informações/indicadores de saúde dessa população são utilizados/ compartilhadas pelo enfermeiro		
Observar como são decididas as ações de vigilância em saúde		
Observar quais ações de vigilância em saúde o enfermeiro planeja/ programa a essa população		
Observar como essas ações são desenvolvidas/delegadas pelo enfermeiro		
Observar como as orientações são dadas pelo enfermeiro a essa população, durante o exame		

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA
Identificação das Unidades de Análise:
Idade: _____
Sexo: _____
Tempo de formação: _____
Tempo de atuação neste cargo: _____
Curso de Pós-Graduação: _____
Questão norteadora: Como as ações de vigilância à saúde, desenvolvidas por enfermeiros na APS, contribuem para o alcance de taxas satisfatórias da cobertura do exame citopatológico de colo de útero?
Questões pertinentes ao objeto de estudo:
1. São desenvolvidas ações de vigilância à saúde da mulher na sua equipe? <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Se sim, quais? Por quem? Como? 1.2 Se não, por que?
2. Você utiliza SIS e indicadores de saúde da população de sua área de atuação? <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Se sim, quais? Como? 2.2 Se não, como você percebe a situação de saúde das mulheres residentes nessa área?
3. Especificamente com relação aos exames preventivos de colo de útero, como você percebe a cobertura deles no Centro de Saúde? (Informar a cobertura atual, caso o participante desconheça).
4. Existe algo que influencia essa cobertura? <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Se sim, o que? Por que? 4.2 Se não, por que você acredita que a cobertura está assim?
5. Você acha que as ações desenvolvidas por você, influenciam a cobertura do exame preventivo? (Positiva ou negativamente) <ul style="list-style-type: none"> 5.1 Se sim, de que forma? 5.2 Se não, por que?
6. De que maneira você acha que as ações do enfermeiro contribuem para aumento da cobertura do exame preventivo?
7. Que outras ações você acredita que poderiam ser desenvolvidas para alcançar a cobertura esperada? Por que?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao assinar este documento estou dando meu consentimento para participar da pesquisa intitulada Vigilância do câncer do colo do útero na Atenção Primária à Saúde: ações de enfermeiras em um distrito sanitário, que será conduzida pela mestranda Janara Caroline Ribeiro (pesquisadora principal) e orientada pela Professora Doutora Selma Regina de Andrade (pesquisadora responsável).

Estou ciente que participarei de uma pesquisa que pretende compreender como as ações de vigilância à saúde desenvolvidas por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família, de um Distrito Sanitário de Florianópolis/SC, influenciam a cobertura do exame citopatológico de colo de útero. Essa pesquisa contribuirá para a compreensão de como as ações de vigilância do câncer do colo do útero, desenvolvidas por enfermeiras da atenção primária, podem contribuir para a cobertura de exame citopatológico, permitindo aos níveis regional e central o planejamento e programação das ações de vigilância coerentes à realidade local.

Estou orientado (a) que a pesquisadora principal irá me observar durante dois dias consecutivos, em meu local de trabalho, sem participar de qualquer atividade do meu processo de trabalho. Estou ciente de que serei entrevistado (a), conforme minha disponibilidade e local de preferência para a condução da entrevista. Também estou ciente de que serão coletados dados dos Sistemas de Informação em Saúde da Unidade, para o reconhecimento da situação de saúde da população adstrita. Estou suficientemente esclarecido (a), ainda, de que a entrevista será gravada somente se eu concordar e que os dados serão transcritos sem que meu nome apareça em qualquer registro.

Compreendo que os riscos desta pesquisa estão relacionados aos eventuais desconfortos de ser observado (a) durante minhas atividades de trabalho e na exposição teórica de meus argumentos perante a entrevista, mas entendo que minha participação trará benefícios que superam os possíveis desconfortos. Sei que, ao expressar qualquer incômodo, os pesquisadores tomarão as providências para reduzir efeitos e condições adversas que possam me causar danos, interrompendo a observação e a entrevista.

Minha participação na pesquisa é voluntária e posso me negar a participar da

mesma, em qualquer momento, sem que isto acarrete em qualquer prejuízo à minha pessoa. Para isso, basta que eu comunique a decisão à pesquisadora principal. Caso eu concorde em participar, assinarei duas vias deste documento, sendo que uma ficará com a pesquisadora e a outra, em meu poder.

Sei que os resultados obtidos serão utilizados exclusivamente para os propósitos da pesquisa. Sei também que as pesquisadoras são as pessoas com quem devo contar, no caso de dúvida sobre o estudo ou sobre meus direitos enquanto participante, e que quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa poderão ser obtidas, em qualquer momento, através do telefone das pesquisadoras: (48) 9991-5522; (47) 9941-8772, pelo e-mail: janaracribeiro@gmail.com, ou pelo endereço do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos: Rua Delfino Conti, Biblioteca Universitária Central - Setor de Periódicos (térreo), atrás dos arquivos deslizantes – Trindade. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br; Telefone: (48) 3721-9206.

Nestes termos, declaro estar suficientemente esclarecido sobre o estudo e concordo em participar da pesquisa.

Florianópolis/SC, ____ de _____ de 2014.

Nome do participante: _____
Telefone: _____

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora principal

ANEXO

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

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

Título da Pesquisa: VIGILÂNCIA LOCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: USO DE INDICADORES PELO ENFERMEIRO EM UM DISTRITO SANITÁRIO

Pesquisador: Selma Regina de Andrade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21258314.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 549.862

Data da Relatoria: 10/03/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de autoria de JANARA CAROLINE RIBEIRO, apresentado ao Curso de Mestrado em Enfermagem, sob o título VIGILÂNCIA LOCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: USO DE INDICADORES PELOS ENFERMEIROS EM UM DISTRITO SANITÁRIO e orientado pela Professora Selma Regina de Andrade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, de um Distrito Sanitário do município de Florianópolis/SC, utilizam os indicadores de saúde para o desenvolvimento de ações de vigilância local em saúde.

Objetivo Secundário:

Descrever, a partir de indicadores locais, a situação de saúde das unidades de Estratégia Saúde da Família de um Distrito Sanitário;

Continuação do Parecer: 549.862

Identificar os indicadores de saúde utilizados pelos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família para o desenvolvimento de ações de vigilância local em saúde;
Analisar como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família desenvolvem a vigilância local em saúde, a partir da utilização dos indicadores locais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a autora, os riscos desta pesquisa estão relacionados a eventuais desconfortos causados pela observação direta durante as atividades de trabalho dos enfermeiros e na exposição teórica de seus argumentos perante a entrevista. No entanto, em caso de expressão de desconforto, a entrevista e observação serão suspensas".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma proposta de investigação científica sobre Vigilância em Saúde na Atenção Primária, que buscará compreender como os enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) utilizam os indicadores de saúde para desenvolver ações locais de vigilância. Será realizado um estudo de caso múltiplo, descritivo e exploratório, no Distrito Sanitário que apresentar a melhor situação de saúde frente às metas programáticas para Vigilância em Saúde no município de Florianópolis/SC. A coleta de dados será por meio de levantamento nos sistemas de informação em saúde, observação direta e entrevista semiestruturada com enfermeiros que atuam nas ESF selecionadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora atendeu as solicitações do relator quanto ao TCLE.

Recomendações:

não ha

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não ha

Continuação do Parecer: 549.862

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANÓPOLIS, 10 de Março de 2014

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)