



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Zair Benedita Pinheiro de Albuquerque

**MULHERES COM LESÕES PRECURSORAS OU INVASIVAS DO
COLO DO ÚTERO: A REALIDADE DO ATENDIMENTO NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE EM GOIÂNIA - GOIÁS**

GOIÂNIA-GO

2011

Zair Benedita Pinheiro de Albuquerque

**MULHERES COM LESÕES PRECURSORAS OU INVASIVAS
DO COLO DO ÚTERO: A REALIDADE DO ATENDIMENTO NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Dinâmica do Processo Saúde-Doença.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rita Goreti Amaral.

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Adenícia Custódia S. Souza.

GOIÂNIA-GO

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

GPT/BC/UFG

Albuquerque, Zair Benedita Pinheiro.

A345m Mulheres com lesões precursoras ou invasivas do colo do útero [manuscrito]: a realidade do atendimento no Sistema Único de Saúde/Zair Benedita Pinheiro Albuquerque - 2011.

104 f. : il., tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Rita Goreti Amaral;

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adenícia Custódia Silva Souza.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás,
Doutorado em Ciências da Saúde, 2011.

Bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Câncer - Colo do útero. 2. Câncer - Colo do útero - Aspectos psicossociais. I. Título.

CDU: 618.14-006

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO

Aluna: Zair Benedita Pinheiro de Albuquerque

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita Goreti Amaral

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Adenícia Custódio S. Souza

Membros:

1. Prof^a. Dr^a. Rita Goreti Amaral

2. Prof. Dr. Délio Marques Conde

3. Prof. Dr. Marcelo Medeiros

4. Prof^a. Dr^a. Milca Severino Pereira

5. Prof^a Dr^a. Edna Joana Claudio Manrique

Suplentes

6. Prof^a. Dr^a. Rejane Faria Ribeiro-Rotta

7. Prof^a. Dr^a. Marília Oliveira Ribeiro

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Goiás**

Data: 17/08/2011

Dedico este trabalho...

Àquele que falou ao meu coração: “Eu sou Jeová, teu Deus. Crê em mim e serão salvos tu e toda a tua casa”.

Aos meus pais (in memoriam), por me ensinarem a incondicionalidade do amor.

Aos meus filhos Boadyr Júnior e Aline e à minha nora Heylla Rose pelo apoio e suporte técnico carinhoso e amigo. Ao meu genro Edivaldo pelo incentivo; e aos meus netos - cânticos de primavera em minha vida - Aline Helena, Tiago, Samuel e Pedro.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela presença constante em minha vida, pela proteção e pela superação dos momentos difíceis.

À Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás, diretora, professores e funcionários pelo carinho e atenção com que sempre me acolheram.

À Professora Dra. Rita Goreti Amaral, com carinho e admiração, sobretudo pelas aulas de fraternidade, companheirismo e abnegação. Mas também pela paciência incansável e duradoura na firme e valiosa orientação que nos permitiram realizar este trabalho.

À Professora Dra. Adenícia Custódia Silva Souza pela co-orientação que aliada ao altruísmo, bondade, conhecimento e convivência amistosa transformou tudo em uma grande amizade.

Às Professoras Dra. Edna Joana Claudia Manrique, Dra. Heliny Carneiro Cunha Neves e Dra. Janaína Valadares Guimarães pela abnegação com que participaram da construção dos artigos.

Aos queridos professores da Pós Graduação em Ciências da Saúde: Maria Márcia Bachion, Denise Bouttelet Munari, Marcelo Medeiros, Marco Túlio Antonio Zappata, Marise Amaral Rebouças Moreira, Claudio Rodrigues Leles e Celmo Celeno Porto cujos conhecimentos disponibilizados muito contribuíram para o nosso aprendizado.

Aos colegas do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UFG pelo agradável e alegre convívio, assim como pela troca de experiências que muito acrescentaram ao nosso crescimento pessoal e intelectual.

Aos colegas e amigos do Centro de Análises Clínicas Rômulo Rocha da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás pelo apoio e carinho.

Em especial à minha família pela confiança, pelo incentivo, pela torcida e por atravessarmos e chegarmos juntos nesta jornada. Como é bom ter vocês!

Às mulheres que participaram deste estudo, por terem me recebido com muito carinho em suas casas e sem vocês este trabalho não teria finalizado.

Ainda especialmente:

À Equipe da Unidade de Monitoramento Externo da Qualidade de Exames Citopatológicos: Professoras Rita Goreti Amaral, Edna Manrique, Suelene Tavares, Nadja Lindany e Cínara Zago para as quais faço os meus agradecimentos através desta mensagem cujo autor é desconhecido, mas nos permite identificar o nosso bando.

“Olhai as aves do Céu ...

e reparai como voam em forma de V, e dessa forma compartilham da mesma direção e sentido do grupo. Isso permite que cheguem mais rápido e facilmente ao destino porque ajudando uns aos outros os resultados são melhores. O bando inteiro aumenta em 71% o alcance do voo em relação ao de um pássaro voando sozinho. Quando um deles adoece, fica ferido ou cansado, os outros permanecem com ele até que ele seja capaz de voar novamente”.

Este é o perfil da Equipe UMEQ/FF/UFG à qual me foi dada a boa sorte de pertencer.

“Investigar a estruturação das práticas sociais é procurar explicar como as estruturas são constituídas pela ação, e como a ação é constituída estruturalmente”.

GIDDENS, 1978

APRESENTAÇÃO DA TESE

Esta tese de doutorado está sendo apresentada no formato alternativo de disponibilização de teses de doutorado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, de acordo com o disposto em normas específicas desse programa.

Incluem uma introdução sobre o tema, os objetivos e a metodologia utilizada, três artigos originais - respondendo aos objetivos específicos e, por fim, as considerações finais, as referências bibliográficas relativas à introdução e metodologia, os apêndices e os anexos.

O primeiro artigo investigou os encaminhamentos de mulheres com resultados de exames citopatológicos com atipias de significado indeterminado e lesões precursoras ou invasivas do colo do útero para a Unidade de Média Complexidade (UMC) segundo as recomendações do Ministério da Saúde (MS)..

O segundo artigo analisou a percepção dessas mulheres sobre o atendimento no Sistema Único de Saúde.

O terceiro artigo analisou os aspectos psicossociais que envolveram o diagnóstico e o tratamento dessas mulheres.

LISTA DE ABREVIATURAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. CÂNCER DE COLO ÚTERO.....	13
1.2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	15
1.3. PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	16
1.4. CONTROLE DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO BRASIL.....	20
2. OBJETIVOS	22
2.1. OBJETIVO GERAL	22
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	22
3. METODOLOGIA	23
3.1. TIPO DE ESTUDO.....	23
3.2. OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA QUANTITATIVA.....	27
3.3. OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA QUALITATIVA.....	32
4. PUBLICAÇÕES.....	38
4.1. ARTIGO 1	39
4.2. ARTIGO 2	57
4.3. ARTIGO 3.....	76
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICES.....	101
APÊNDICE A - Entrevista	101
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	102
ANEXOS	103
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Goiás.....	103
ANEXO B - Prontuário de Prevenção do Câncer de Colo do Útero.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS

ADENO INV.	Adenocarcinoma invasor
ASC-US	<i>Atypical squamous cells of undetermined significance</i> Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas
ASC- H	<i>Atypical squamous cells cannot exclude HSIL</i> (Células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão de alto grau)
CA INV.	Carcinoma escamoso invasor
CCU	Câncer do colo do útero
CGA	Células glandulares atípicas
CONI	Conização
EUAC	Encaminhamento para Unidade de Alta complexidade
ECTZ	Eletrocauterização
GPS	Grupos de promoção da saúde
HPV	Papilomavírus humano
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HSIL	<i>High grade squamous intraepithelial lesion</i> Lesão escamosa intraepitelial de alto grau
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INSAT	Insatisfatória
JEC	Junção escamo-colunar
LSIL	<i>Low grade squamous intraepithelial lesion</i> Lesão escamosa intraepitelial de baixo grau
LEEP	<i>Loop electrosurgical excision procedure</i> (Excisão eletrocirúrgica por alça)
MS	Ministério da Saúde
NIC I	Neoplasia intraepitelial cervical grau I
NICII	Neoplasia intraepitelial cervical grau II
NIC III	Neoplasia intraepitelial cervical grau III
OME	Outros motivos de encaminhamento

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNCCU	Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PNAISM	Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PVM	Programa Viva Mulher
RUO	Retorno à Unidade de origem
SC	Seguimento citológico
SIC	Sem informação de conduta
SIR	Sem informação de resultado
SISCOLO	Sistema de Informações sobre câncer de colo do útero
SISME	Sem informações de motivo de encaminhamento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNEO	Sem neoplasia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Técnica do Incidente Crítico
UABS	Unidade de Atenção Básica de Saúde
UAC	Unidade de Alta Complexidade
UMC	Unidade de Média Complexidade
UFG	Universidade Federal de Goiás

OBJETIVOS: Investigar os encaminhamentos de mulheres com resultados de exames citopatológicos com atipias de significado indeterminado e lesões precursoras ou invasivas do colo do útero para a Unidade de Média Complexidade (UMC) segundo as recomendações do Ministério da Saúde (MS); analisar a percepção dessas mulheres sobre a atenção recebida e os aspectos psicossociais que envolveram o diagnóstico e tratamento das mesmas. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, exploratório, quantitativo e qualitativo com base nos resultados dos exames citopatológicos de mulheres encaminhadas das Unidades de Atenção Básica de Saúde (UABS) para a Unidade de Média Complexidade (UMC) do Município de Goiânia-GO, no período de 2005 e 2006. Foram analisados 1.109 prontuários de acordo com as recomendações da Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas. Para o processamento e análise dos dados quantitativos foram utilizados os programas Epi-info 3.3.2. 2006 e Excel 2007. As variáveis foram estudadas de maneira descritiva, através do cálculo de frequências absolutas e relativas. Para análise qualitativa utilizou-se o método de entrevista contendo a caracterização dos sujeitos e duas questões norteadoras: uma com polaridade negativa e outra com polaridade positiva. **RESULTADOS:** Observou-se que 79% dos encaminhamentos para a UMC não estavam em conformidade com as recomendações do MS. A análise qualitativa explicitou falhas no atendimento profissional quanto à comunicação sobre as ações relativas ao tratamento, à humanização dos serviços e a não observação do fluxo estabelecido. A análise dos aspectos psicossociais demonstrou que as mulheres não receberam a atenção psicológica necessária para minorar os sentimentos de dor, desespero, vergonha e, principalmente, do medo da morte e das mutilações. **CONCLUSÕES:** Verificou-se elevada frequência de encaminhamentos inadequados para a UMC, o que demandou um alto percentual de procedimentos desnecessários. Na percepção das mulheres, o atendimento foi permeado por falhas no acolhimento, na comunicação, na assistência profissional e no desconhecimento do próprio fluxo de atendimento. Os aspectos psicossociais demonstraram a necessidade da integralidade do tratamento com equipes multiprofissionais trabalhando em um contexto biopsicossocial.

Palavras chave: Câncer cervical, Programas de Rastreamento, Prevenção, Controle, Saúde Pública; Percepção; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate whether women with altered cervical cytopathological outcomes have been referred to Medium Complexity Units (MCU) as in accordance with the Brazilian Ministry of Health guidelines, as well analyze the perception of these women about the attention received and the psychological aspects that involved the diagnosis and treatment.

METHODS: Descriptive, exploratory, quantitative and qualitative study based on the cytopathological outcomes of the BHS' users carried out in Basic Health Assistance Units (BHAU) referred to Medium Complex Units (MCU) in the municipality of Goiânia, State of Goiás, 2005/2006. We assessed 1.109 records regarding the Brazilian Ministry of Health/the National Institute of Cancer guidelines as established by the Brazilian Nomenclature for Cervical Outcomes and Preconized Clinical Practice. Data was analyzed and processed by using Epi-info 3.3.2, 2006 and Microsoft Excel 2007. Variables were assessed descriptively, through calculus of relative and absolute frequency. For qualitative analysis, the interview method were used containing the subject characterization and two guiding questions: one with negative polarity and other with positive polarity. **RESULTS:** From the total number of referrals, 79% were not in accordance with the Brazilian Ministry of Health guidelines which originated a great number of unnecessary procedures. The qualitative analysis explicated fails on the professional attendance and in this attendance flow regarding to communication about the actions relatives to treatment, services humanization and no observations of the established flow. The psychosocial aspects demonstrated that women didn't receive the necessary psychological attention to minorate the feelings of pain, despair, shame and, most of all, fear of death and mutilations. **CONCLUSIONS:** We observed inadequate referrals to the MCUs, which demanded a big number of unnecessary procedures. In women's perception, the attendance was permeated by fails in the reception, in communication, professional assistance, lack of knowledge about the attendance flow. The psychosocial aspects demand treatment integrality with multiprofessional teams working according to a biopsychosocial model.

Descriptors: Cervical Cancer, Screening Programs, Prevent, Control, Public Health, Perception, Women's Health.

1. INTRODUÇÃO

1.1. O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Atualmente, as neoplasias malignas integram as principais causas de óbito da população mundial. Em virtude das elevadas taxas de mortalidade, principalmente nas regiões de menor desenvolvimento socioeconômico, o câncer do colo do útero se apresenta como importante problema de saúde pública (OMS, 2007).

Por se tratar de uma doença de distribuição mundial e de grande prevalência em países subdesenvolvidos, o câncer do colo do útero é considerado como um dos indicadores do desenvolvimento da saúde de um povo. Isto porque, sendo o colo do útero um órgão de fácil acesso ao exame especular, o diagnóstico tardio desta doença deve ser considerado inadmissível, sendo a proporção dos casos invasores um parâmetro de qualidade do serviço de saúde da população (PARKIN et al., 2005).

Com cerca de 500 mil casos novos por ano em todo o mundo, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, sendo responsável, anualmente, por aproximadamente 230 mil óbitos femininos. Evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos e aumenta rapidamente, para atingir seu pico, geralmente, na faixa etária de 45 a 49 anos. Entretanto, um aumento da ocorrência entre mulheres mais jovens vem sendo observado (BRASIL, 2010a).

Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 51 a 66%. Nos países em desenvolvimento, os casos são diagnosticados em estádios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é menor, ou seja, cerca de 41% após cinco anos, sendo a média mundial, atualmente, estimada em 49% (BRASIL, 2010 a).

A etiologia deste tipo de câncer está diretamente associada à infecção persistente por papilomavírus humano (HPV), tendo em vista a presença do DNA viral em 99,7% dos casos da doença. O HPV é considerado uma causa necessária, embora não suficiente para a etiopatogenia da lesão neoplásica (TROTHIER; FRANCO, 2006; VILLA, 2006).

Acredita-se que a infecção pelo HPV seja a causa primária do câncer do colo do útero, uma vez que sua prevalência na lesão primária é superior a 98%. Dois subtipos do vírus (16 e 18) estão presentes em mais de 80% das formas invasoras. Também são relacionados como co-fatores, outras doenças sexualmente transmissíveis - especialmente a presença do vírus HIV - o uso de tratamento imunossupressivo e a história de transplante de órgãos (LINHARES; VILLA, 2006).

O método para rastreamento do câncer do colo do útero mais difundido mundialmente é o exame de Papanicolaou, também chamado exame citopatológico, citologia cervical, citologia oncológica ou Papteste. O exame consiste na identificação de células pré-neoplásicas ou neoplásicas do colo do útero através de microscópio óptico (KOSS; GOMPEL, 2006).

Em 1928, George N. Papanicolaou e Aureli Babes descreveram a presença de células neoplásicas em esfregaços vaginais e cervicais. Porém, somente na década de 40, a utilização do método foi introduzida na prática por Papanicolaou e pelo ginecologista Herbert Traut, o que representou um grande avanço no controle do câncer do colo do útero (KOSS; GOMPELL, 2006).

A efetividade da detecção precoce do câncer do colo do útero através do exame de Papanicolaou, associada ao tratamento da lesão intraepitelial, pode contribuir para a redução da incidência desse câncer em 90%, produzindo um impacto significativo nas taxas de morbi-mortalidade (BRASIL, 2010 a).

Estima-se que 80% da mortalidade por esse tipo de câncer pode ser evitada pelo rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos, através do exame citopatológico e tratamento das lesões precursoras com alto poder de malignidade ou carcinoma “in situ” (OMS, 2007).

No Brasil, o câncer do colo do útero representa ainda um grande desafio para os gestores da área de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as estimativas para 2010 apontam para 18.680 novos casos, dos quais 1.350 foram previstos para a Região Centro Oeste, com 540 casos novos para o estado de Goiás, com taxa bruta de incidência de 17,58. Para Goiânia foram previstos 160 novos casos, com taxa bruta de incidência de 22,41 (BRASIL, 2010 a).

Pesquisadores brasileiros demonstraram que os grupos mais vulneráveis são mulheres que integram populações urbanas, de classe social e escolaridades

menores, residentes em bairros com baixas condições de desenvolvimento socioeconômico, negras, múltiparas, com início precoce de relações sexuais, gestação em idade jovem, múltiplos parceiros, fumantes. Demonstraram ainda, que aliados a esses fatores, o tipo de cultura acumulada sobre saúde, o conhecimento limitado sobre prevenção de doenças, dificuldades para o acesso, deficiências do sistema de informações do programa, da qualidade dos serviços de saúde, da atenção profissional e do teste de rastreamento dificultam a prevenção e, conseqüentemente, o controle do câncer do colo do útero em nosso país (BRENNAN et al., 2001; GREENWOOD et al., 2006; MANRIQUE et al., 2007; MENDONÇA et al., 2008; CRUZ et al., 2008; MARTINS et al., 2009).

O diagnóstico do câncer, por sua vez, acarreta um grande impacto emocional, potencializado pelas representações sociais como o medo da morte e das mutilações, que desencadeiam vários tipos de reações psicoemocionais como desespero, dor (física e emocional), sentimentos de impotência, vergonha e discriminação (OLIVEIRA et al., 2005; SILVA; MERIGUI, 2006).

Obviamente, a dor e a tensão emocional fazem parte do dia-a-dia de mulheres com lesões precursoras ou invasivas do colo do útero. Dores físicas e emocionais configuram fatores intrínsecos que requerem maneiras diversas de enfrentamento. A primeira depende de tratamento. A segunda de apoio psicoemocional.

1.2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS representa um grande avanço institucional na conquista do direito da população à saúde. As normas e diretrizes implantadas, a expansão da rede pública de saúde, abrangendo todos os níveis de complexidade e a conseqüente ampliação da cobertura da assistência são realidades que demonstram os avanços conquistados pelo sistema brasileiro de saúde pública.

Entretanto, por se tratar de um processo social complexo, a implementação do SUS tem enfrentado, ao longo do tempo, grandes desafios em termos organizacionais e operacionais, além de outros problemas relacionados, principalmente, a recursos financeiros e humanos.

O fluxo de atendimento, nos diferentes programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) está bem estabelecido. Contudo, na prática, sua operacionalização ainda não é uma realidade, devido a inúmeros problemas estruturais e gerenciais (PASCHE, 2009).

Pesquisa recente, abordando profissionais que prestam serviços ao SUS, reflete as principais características e dificuldades atuais do sistema de saúde brasileiro, tais como, recursos humanos, financiamento, condições de atendimento da população, participação e acesso da clientela ao atendimento, assim como um conhecimento fragmentado dos princípios que regem o SUS (OLIVEIRA et al., 2008).

1.3. PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO (PNCCCU) – VIVA MULHER

No Brasil, as medidas preventivas dirigidas especificamente à prevenção do câncer do colo do útero foram fortalecidas no início da década de 1980, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que priorizava a atenção integral à saúde da mulher (ZEFERINO; GALVÃO, 1999).

As ações do PAISM, voltadas para a saúde da mulher e da criança, eram orientadas pelo princípio da integralidade da assistência. Entre suas diretrizes gerais inseria-se a orientação para o rastreamento do câncer do colo do útero na faixa etária de 25 a 65 anos (BRASIL, 1984).

Na década de 90, as conferências mundiais promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) contribuíram para o reconhecimento e reafirmação dos direitos das mulheres.

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1994, repercutiu na área de saúde pública no Brasil com duas iniciativas: a consolidação de ações relativas ao Planejamento Familiar no âmbito do SUS e a execução do programa nacional de prevenção e pronto tratamento do câncer do colo do útero e da mama, com ênfase na faixa etária de 35 a 49 anos (ONU, 1996).

Em 1996, o MS/INCA realizou o Projeto Piloto para prevenção ao câncer do colo do útero, denominado *Viva Mulher*, dirigido a mulheres com idade entre 35 e 49

anos. Suas ações foram intensificadas e desenvolveram-se em todo o território nacional. Em 1998, o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero (PNCCCU) foi oficializado através da Portaria Ministerial GM/MS 3.040/98 (BRASIL, 2011a).

Ainda em 1998, a Portaria GM/MS 3947/98 instituiu o Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) que é composto por dois módulos operacionais: 1. Módulo Laboratório que registra os dados referentes aos procedimentos de citopatologia, colposcopia, histologia e monitoramento externo da qualidade. 2. Módulo Coordenação (BRASIL, 1998a).

As diretrizes e estratégias elaboradas pelo INCA, em 2002, objetivavam, especialmente, motivar a mulher a cuidar de sua saúde, reduzir a desigualdade do acesso da mulher à rede de saúde, redimensionando a oferta real de tecnologia para detecção, diagnóstico e tratamento; informar, capacitar e atualizar recursos humanos; disponibilizar recursos materiais e aumentar a eficiência da rede de controle do câncer, criando um plano de vigilância e avaliação (BRASIL, 2002a).

Em 2004, a Área Técnica da Saúde da Mulher do MS formulou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). As diretrizes para atenção à saúde da mulher foram redefinidas em um plano de ação que contemplava mulheres em todos os ciclos da vida, resguardando as especificidades das diferentes faixas etárias e dos variados grupos populacionais, propondo a formulação de um modelo de atenção humanizado e com qualidade capaz de responder às necessidades das mulheres atendidas pelo SUS (BRASIL, 2004).

Dentro do sistema de saúde, as ações do PNCCCU se estruturam nas Unidades Básicas de Saúde, como uma das ações da Estratégia da Saúde da Família e na incorporação organizada dos laboratórios de citopatologia, histopatologia e hospitais especializados próprios ou conveniados (BRASIL, 2002 b; OLIVEIRA et al., 2007).

Nos últimos anos, o país vem ampliando o acesso ao teste de rastreamento. Em 2003, estudo realizado através da Pesquisa Mundial de Saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 71 países demonstrou, para o Brasil, o acesso de 66% para mulheres com idades entre 18 e 69 anos (SZWARCOWALD et. al., 2004).

Ainda em 2003, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 851 municípios - mostrou o acesso de 68,7% para mulheres com mais de 24 anos (IBGE, 2003).

Dados da PNAD mostraram que o percentual de mulheres na faixa etária alvo submetidas ao exame Papanicolaou pelo menos uma vez na vida aumentou de 68,7% em 2003 para 87,1% em 2008 (BRASIL, 2010b).

Pesquisa recente nas 27 capitais brasileiras demonstrou que entre 61% (Maceió) e 91% (São Paulo) das mulheres entrevistadas entre 25 e 59 anos realizaram a citologia oncológica, pelo menos uma vez, nos últimos 03 anos. Para Goiânia, os dados demonstraram 79% (BRASIL, 2010e).

Em 2008, o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) registrou a produção de 11,8 milhões de exames citopatológicos do colo do útero, dos quais 70% foram realizados na população alvo, representando um acréscimo 46% na oferta em relação ao ano de 1998 quando se realizou a primeira campanha do Programa “Viva Mulher” (BRASIL, 2010b).

No Brasil, atualmente, a faixa etária priorizada pelo MS/INCA é de 25 a 64 anos uma vez por ano e, após dois exames negativos consecutivos, deve ser realizado a cada três anos, de acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero. Essas diretrizes apóiam-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, que permite detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas, e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão para estágios mais graves que esta lesão apresenta (BRASIL, 2011a).

Entretanto, o sistema de saúde ainda não consegue identificar de forma sistematizada quais são e onde estão as mulheres que não estão fazendo regularmente seus controles e que são a maioria das que irão desenvolver câncer invasor. Na prática, os controles se concentram nas mesmas mulheres, enquanto um contingente significativo fica sem controle ou é inadequadamente controlado (ZEFERINO, 2008; VALE et al., 2010).

Por outro lado, pesquisadores verificaram que a realização do teste de rastreamento se faz acompanhar de um grande percentual de exames sem finalidade preventiva, por motivo de queixas ginecológicas em consultas com

finalidade curativa, da não observância da periodicidade dos mesmos e em faixas etárias não recomendadas, o que poderia levar a uma estimativa de adesão acima da real (VALE, et al., 2010; BRENA, et al., 2001).

De acordo com a OMS, para que haja impacto nos indicadores de morbimortalidade a cobertura mínima necessária pelo exame de rastreamento é de 80% da população alvo (BRASIL, 2010 a).

Os programas de rastreamento organizado conseguem reduzir, significativamente, as taxas de incidência e mortalidade através de ações programadas, com população alvo e periodicidade definidas. Estes programas conseguem atingir alta cobertura, pois possuem registro do universo das mulheres alvo e dos históricos dos controles, de tal forma que essas mulheres possam ser convocadas, de acordo com a periodicidade recomendada (PETO, et. al, 2004; ANTTILA et.al., 2009).

Os programas de rastreamento organizado são aqueles nos quais se detém maior controle das ações e das informações sobre o mesmo. São sistematizados e voltados para a detecção precoce de uma doença, condição ou risco, oferecidos à população assintomática em geral e realizados por instituições nacionais (AGURTO et al., 2006).

Um programa organizado deve também assegurar qualidade da análise dos exames citopatológicos e rapidez nos resultados, adesão às normas que estabeleçam faixas etárias prioritárias, definição das anormalidades, frequência de exames subsequentes, assim como mecanismos para avaliação das ações (AGURTO et al., 2006; MANRIQUE et al., 2007).

No Brasil, as pesquisas têm demonstrado as características oportunísticas do rastreamento realizado através do programa de prevenção do câncer do colo do útero, e ainda é alto o número de mulheres que não comparecem para buscar seus resultados (VALE et al., 2010; BRASIL, 2010a; GREENWOOD et al., 2006; RACHO; VARGAS, 2007).

A importância do seguimento de mulheres rastreadas pelos programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero é ressaltada por autores que consideram essa ação como elemento fundamental para efetividade das ações. O seguimento sistematizado requer procedimentos que conduzam a um diagnóstico

completo, tratamento adequado e permita a observação de desfechos favoráveis, esperados e desejados como o tratamento e a cura, ou desfavoráveis como a recidiva, a progressão ou mesmo o óbito, mas para isso é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento (ZAPKA et al., 2003; ZOLA et al., 2006).

Entretanto, segundo relatório do Grupo de Trabalho instituído em 2010 pelo MS (Portaria 300/2010a), a dificuldade de estruturação e manutenção de equipes gerenciais para o programa de rastreamento tem representado um desafio permanente para a sustentabilidade das ações, refletindo-se no processo de planejamento e pactuação, na política de qualificação de recursos humanos e na garantia da continuidade do trabalho (BRASIL, 2010).

Apesar de todas essas circunstâncias, ao longo dos últimos anos o PNCCCU foi implantado em todo o país o que representa um considerável esforço do MS/INCA e dos profissionais que, atentamente, acompanham a sua evolução e, que de alguma forma, colaboram para que esse programa alcance seus objetivos.

1.4. CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL

Em nosso país, estratégias para rastreamento, diagnóstico e tratamento têm adquirido expressão e prioridade nas políticas públicas de saúde. Porém, os resultados concretos que aparecem nos dados oficiais ainda são pouco representativos, como indicadores de controle do câncer do colo do útero (BRASIL, 2010a).

Para mudar essa realidade o MS/INCA tem trabalhado no sentido de aprimorar as políticas públicas, buscando estratégias que possibilitem esse controle. Diversas ações têm sido realizadas ao longo dos últimos anos objetivando hierarquizar a rede, estabelecer normas e diretrizes, garantir recursos e consolidar as ações do PNCCCU (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

O Pacto pela Saúde estabelece que uma das seis prioridades a serem cumpridas seja exatamente o controle do câncer do colo do útero através de objetivos operacionais e cujas metas propõem a cobertura de 80% para o exame

preventivo e incentivo para a cirurgia de alta frequência com pagamento diferenciado (BRASIL, 2006c).

O Plano de ação para a redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero (BRASIL, 2010b) propõe o aperfeiçoamento técnico e operacional do programa de prevenção através de cinco eixos:

1. Fortalecimento do rastreamento organizado;
2. Garantia de qualidade do exame citopatológico;
3. Garantia do tratamento adequado das lesões precursoras;
4. Intensificação das ações de controle;
5. Avaliação de alternativas de controle.

As novas diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, aliadas ao Plano de ação 2010, constituem importantes fatores que deverão contribuir para a superação das dificuldades que têm se consolidado como obstáculos para o controle do câncer do colo do útero no Brasil (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2011).

Por outro lado, a incorporação da vacina contra HPV ao Programa Nacional de Imunização poderá representar mais um grande avanço para o almejado controle desse tipo de câncer (BRASIL, 2010a). Porém, a consolidação do controle do câncer do colo do útero, assim como os de outras doenças, passam ainda pela concretização da promoção da saúde (que inclui a consolidação dos Grupos de Promoção da Saúde - GPS), da ação preventiva organizada, da superação das fragilidades do SUS e pela integralidade do tratamento com equipes multiprofissionais estimuladas e qualificadas, trabalhando em conformidade com o modelo biopsicossocial.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar o atendimento das mulheres usuárias do SUS com resultados de exames citopatológicos sugestivos de lesões precursoras ou invasivas do colo do útero segundo as recomendações do Ministério da Saúde.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Investigar os encaminhamentos de mulheres com resultados de exames citopatológicos com lesões precursoras ou invasivas do colo do útero para a Unidade de Média Complexidade;

2.2.2. Analisar as percepções sobre o atendimento no SUS por mulheres com resultados de exames citopatológicos com lesões precursoras ou invasivas do colo do útero;

2.2.3. Analisar os aspectos psicossociais que envolvem o diagnóstico e o tratamento de mulheres, usuárias do SUS, com lesões precursoras ou invasivas do colo do útero.

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DO ESTUDO

Estudo descritivo, exploratório quantitativo e qualitativo realizado nas Unidades de Atenção Básica de Saúde (UABS) e na Unidade de Média Complexidade (UMC) do município de Goiânia-GO. Aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás sob nº 071/2005 (Anexo A).

3.1.1. Abordagem Quantitativa

A análise quantitativa é um método de pesquisa que utiliza técnicas estatísticas. Deve ser representada por um determinado universo de modo que seus dados possam ser generalizados e projetados para aquele universo (GUNTHER, 2006).

Aplica-se à dimensão mensurável da realidade, origina-se na visão newtoniana dos fenômenos e transita com eficácia na horizontalidade dos extratos mais densos da realidade. Seus resultados auxiliam o planejamento de ações coletivas e são passíveis de generalização, principalmente quando as populações pesquisadas representam com fidelidade o coletivo (BIGNARDI, 2003).

3.1.2. Abordagem Qualitativa

A pesquisa qualitativa busca atingir três objetivos: ultrapassagem da incerteza dando respostas às perguntas, hipóteses e pressupostos; enriquecimento da leitura ultrapassando o olhar imediato e espontâneo, em busca da compreensão de significados e estruturas relevantes latentes; integração das descobertas, desvendando a lógica interna subjacente às falas, aos comportamentos e às relações (MINAYO, 2008).

Este tipo de pesquisa permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas

abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2008).

A compreensão de que *“qualquer situação humana só é caracterizável quando são levadas em consideração as concepções que os participantes têm dela, de como a experimentam, suas tensões e como reagem a essas tensões* (MINAYO, 2008)” nos levaram a incluir, neste estudo, a abordagem qualitativa.

3.1.3. A Técnica do Incidente Crítico (TIC)

Esta técnica foi utilizada pela primeira vez por Flanagan, em 1941, quando o mesmo participou do Programa de Psicologia de Aviação da Força Aérea e Exército dos Estados Unidos. Nesse período, a TIC foi aplicada procurando determinar os motivos específicos para o fracasso na aprendizagem de voo pelos candidatos a piloto (FLANAGAN, 1973).

A TIC consiste em um conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano, de modo a facilitar sua utilização potencial na solução de problemas práticos. Também permite o delineamento de procedimentos para a coleta de incidentes observados, que apresentam significação especial e para o encontro de critérios, sistematicamente definidos, permitindo ainda obter fatos importantes sobre o comportamento do indivíduo (FLANAGAN, 1973).

Conceitua-se o Incidente Crítico (IC) como qualquer atividade humana passível de observação e que seja completa em si mesma, envolvendo a descrição da ação ocorrida, as consequências e as atitudes tomadas diante das mesmas, de forma a permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que executa o ato (FLANAGAN, 1973).

Nogueira (1988) relata os elementos que compõem o IC da seguinte forma:

- a) situação: fato ou circunstância que levou o sujeito a expressar determinado comportamento;
- b) comportamento: conduta apresentada pelo sujeito devido à circunstância e,
- c) consequência: resultado do comportamento do sujeito devido à circunstância.

A TIC se desenvolve a partir da solicitação de relatos de situações e fatos vivenciados pelos sujeitos de uma atividade. Esses relatos serão avaliados pelo pesquisador em função do objetivo estabelecido para a investigação.

Para evitar que as observações sejam feitas ao acaso, há necessidade de um conjunto de procedimentos que, além de coletar essas observações, permitam a sistematização e análise das mesmas.

Dela Coleta (1974), objetivando sistematizar a utilização da TIC estabeleceu sete passos a serem seguidos: 1) determinação dos objetivos da atividade que se deseja estudar; 2) elaboração das questões a serem apresentadas aos sujeitos que deverão relatar os incidentes críticos da atividade em estudo; 3) delimitação da população ou amostra a ser entrevistada; 4) coleta dos incidentes críticos; 5) análise do conteúdo dos incidentes coletados, selecionando os comportamentos críticos emitidos; 6) agrupamento dos comportamentos críticos em categorias mais abrangentes; 7) levantamento de frequência dos comportamentos positivos e negativos que fornecerão os indícios para a identificação de soluções para situações problemáticas.

A análise de conteúdo busca isolar a situação onde ocorreu o evento, os comportamentos emitidos naquela situação e as consequências resultantes das ocorrências (Dela Coleta, 2004). A seguir, se constrói de forma indutiva, o que há de comum num conjunto de descrições de incidentes as categorias mais abrangentes, contendo a denominação da categoria e a definição do que ela significa ou representa (ESTRELA; ESTRELA, 1994; DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

A TIC tem se apresentado, ao longo do tempo, como uma técnica flexível, sendo utilizada para coleta de informações oriundas de indivíduos ou de grupos, de situações vivenciadas por eles e que caracterizam seu comportamento.

Vários pesquisadores citados abaixo têm aplicado a TIC em diferentes áreas auferindo resultados que puderam ser utilizados na prática.

Santos (2001) coloca como principal vantagem da TIC, na avaliação da prestação de um serviço, o fato de a técnica fornecer completa cobertura do que efetivamente acontece num contato de prestador e de receptor de serviço. Considera também que com a aplicação da técnica, as variáveis envolvidas numa determinada atividade ficam evidenciadas, facilitando a definição das exigências críticas para a mesma. Por meio de entrevistas ou observações, esta técnica capta

eventos ou comportamentos que podem ser indicadores de sucesso ou de falha na prestação de um serviço.

Ribeiro (2003) descreve em contexto de supervisão de currículos de pós-graduação em medicina, a forma como a análise de um incidente crítico, à luz de um modelo reflexivo, possibilita a reestruturação do conhecimento, permitindo a abertura e a renovação de conceitos e atitudes.

Na área de Ciências da Informação, Sampaio (2005) avaliando a qualidade dos serviços e produtos do Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (SIBi/SP) demonstrou a importância de se detectar as necessidades e expectativas dos usuários, além de se fazer avaliações contínuas dos serviços de informações e, em especial, das bibliotecas.

Zani e Nogueira (2006) procurando identificar os fatores que interferem - positivamente ou negativamente - no processo ensino-aprendizagem, segundo a percepção de alunos e docentes de graduação em enfermagem, verificaram que, para que esse processo ocorra de forma adequada, incluindo um bom relacionamento, faz-se necessária aquisição de conhecimentos e mudanças comportamentais.

Martins (2006), através da TIC estudou o impacto do uso do portal da CAPES no processo de geração de conhecimento para pesquisadores doutores na área biomédica, e verificou que a mesma permite uma detalhada reconstrução do que acontece no contato entre um usuário e um estoque de informações.

Silva et al. 2007 estudando a vulnerabilidade dos idosos para a queda verificaram que ela ocorre com maior frequência (70%) no ambiente familiar e que os comportamentos mais frequentes foram de independência para o autocuidado, cujas consequências prevalentes foram dor, ferimentos e alteração na mobilidade física. Os dados revelaram ainda os níveis de exigência crítica para estabelecer planejamento de ação para a prevenção de quedas no idoso.

Andraus et al. (2007) analisando os incidentes críticos segundo os familiares de crianças hospitalizadas concluíram que existem fragilidades no modelo assistencial ainda distante do atendimento humanizado preconizado pelo SUS.

Moura et al. (2008) utilizando a TIC para avaliar serviços prestados em laboratório clínico verificaram que a sinergia entre os atributos de satisfação identificados possibilita a construção de uma imagem positiva para a empresa e,

concomitantemente, uma vantagem competitiva em relação às demais organizações do setor.

Peña e Juan (2008) estudando a TIC e suas implicações no desenvolvimento das pesquisas, na área de enfermagem, concluíram tratar-se de uma ferramenta metodológica de aplicabilidade e força investigativa reconhecidamente importante, desempenhando um papel crucial nas investigações e na construção de um conhecimento disciplinar. Dessa forma permite empreender avanços e ajustes às importantes dimensões do cuidado nas relações com os pacientes, nas respostas aos mesmos, na qualidade dos serviços e outros aspectos relacionados com a atenção e com o ato de cuidar em enfermagem.

Estudo recente analisou a sustentabilidade da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica de Saúde através de dados coletados por meio de entrevista usando a TIC e documentos institucionais. Os resultados demonstraram que as inovações e o desenvolvimento da capacidade técnica são os fatores mais importantes para essa sustentabilidade (FELISBERTO et al., 2010)

Hack e Santos (2010) estudando a influência do “*design*” emocional na interação homem/computador verificaram que o mesmo pode influenciar na experiência de um indivíduo, pois se cognitivamente algum elemento despertar sensações negativas a resolução das tarefas pode ser comprometida.

O potencial de aplicabilidade da TIC demonstrada pelos resultados alcançados pelos pesquisadores levou-nos a elegê-la como técnica indicada para a coleta dos dados qualitativos desta pesquisa.

3.2. OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA QUANTITATIVA

3.2.1. Seleção da casuística

Teve como base os resultados dos exames citopatológicos de mulheres usuárias do SUS que realizaram o exame de prevenção para câncer do colo do útero nas UABS e que foram encaminhadas para UMC do Município de Goiânia-GO, no período de 2005 a 2006.

3.2.2 Procedimento Técnico

Inicialmente foi realizado um levantamento através do SISCOLO para identificar os exames citopatológicos do colo do útero alterados de mulheres atendidas nas UABS. Após este levantamento foram realizadas visitas às UABS, para verificar os procedimentos de encaminhamentos dessas mulheres com exames alterados para a UMC. Para obter esta informação, prontuários e livros de registros foram analisados e verificou-se que, no período analisado, as mulheres com resultados alterados classificados como atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e lesões de baixo grau (LSIL) eram encaminhadas para a UMC ou para rede conveniada a partir do resultado da primeira citologia.

Após esta etapa, os prontuários da UMC foram analisados para obter as informações de seguimento das mulheres a partir dos resultados citopatológicos alterados. Dessa forma, foram identificados 1.148 prontuários de mulheres cadastradas na UMC no período estudado, destes 39 foram excluídos por apresentarem dados ilegíveis, totalizando 1.109 prontuários analisados.

O banco de dados foi construído a partir das informações contidas nos respectivos prontuários (Anexo B) tais como: nome da mulher e da mãe, endereço e telefone, local e data de nascimento, data da última menstruação, número de gestações, número de filhos, número de abortos, hábito de fumar, uso de medicamentos, datas da consulta na UMC, motivos de encaminhamento à UMC, datas e resultados dos exames colposcópicos e histopatológicos, condutas específicas e as orientações dadas às mulheres.

A classificação dos motivos de encaminhamentos foi baseada nos resultados dos exames citopatológicos classificados de acordo com a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais, seguindo as recomendações do MS/INCA (BRASIL, 2006c) em: células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US); células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão de alto grau (ASC-H); lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL- compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I), lesão intraepitelial de alto grau (HSIL- compreendendo neoplasias

intraepiteliais cervicais graus II e III); lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão; carcinoma escamoso invasor (Ca inv.), células glandulares atípicas (CGA), adenocarcinoma “in situ” (Adeno “in situ”) e adenocarcinoma invasor (Adeno inv.).

Além dos resultados citopatológicos alterados, foram identificados encaminhamentos realizados pelas UABS, não preconizados pelo MS e foram incluídos no estudo, tais como: metaplasia, citologia normal, leucorréia, prevenção de câncer ginecológico, alterações reativas benignas etc. que receberam a denominação de outros motivos de encaminhamentos, e ainda aqueles casos sem informações do resultado do exame citopatológico sobre o motivo de encaminhamento, mas que no prontuário continha resultados de colposcopia e histopatológico.

A análise das condutas clínicas baseou-se nas orientações preconizadas pelo MS/INCA (BRASIL, 2006c), as quais recomendam que as mulheres com exames citopatológicos classificados como ASC-US e LSIL devem repetir o exame citopatológico após seis meses na UABS e seguir as orientações demonstradas no Figura 1.

As mulheres com exames citopatológicos classificados como ASC-H, HSIL, Ca invasor, AGC, Adeno “in situ” e Adeno invasor devem ser encaminhadas à UMC para realização de colposcopia e confirmação histológica e seguir as orientações demonstrada no Esquema 2.

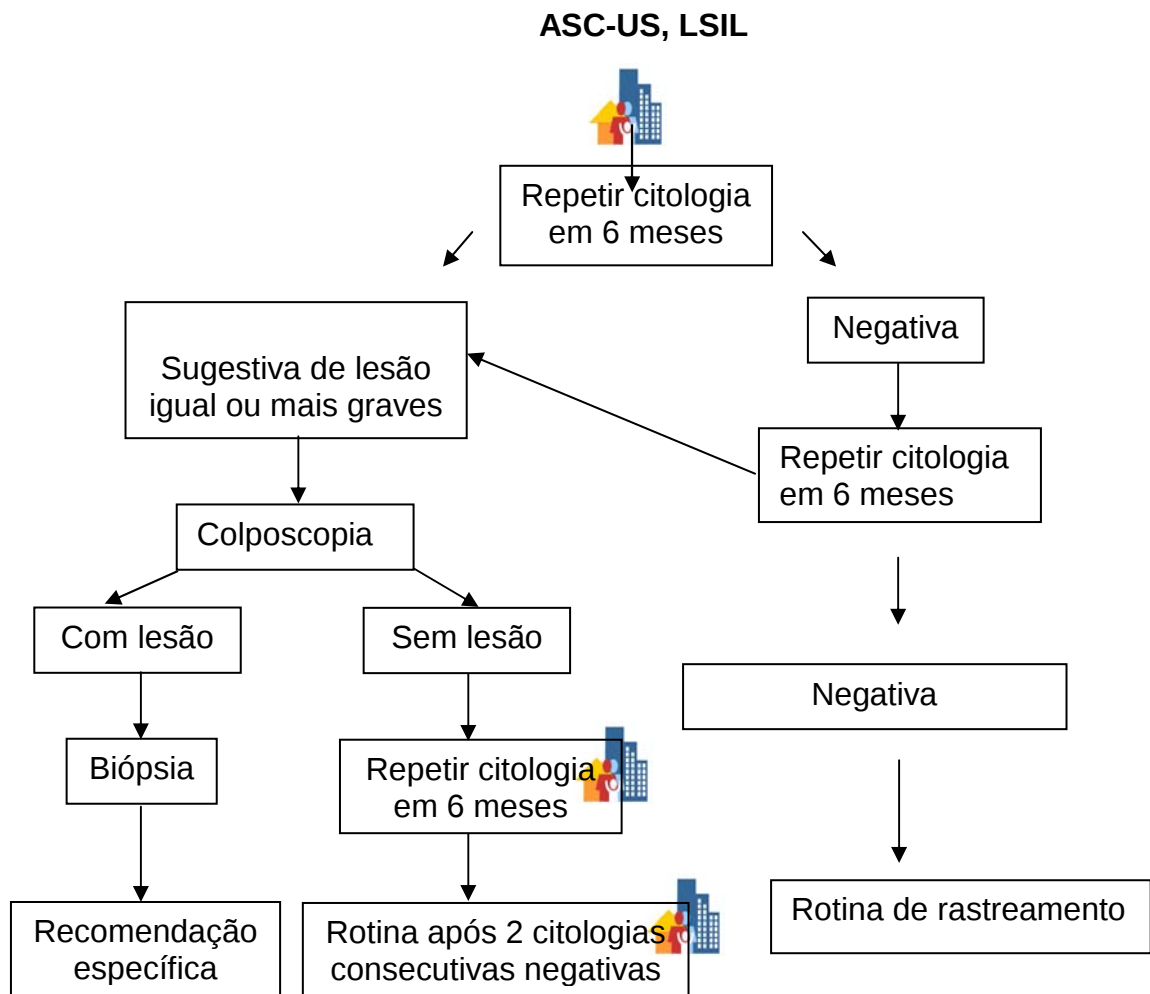


Figura 1. Fluxograma resumido das recomendações da Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas para ASC-US e LSIL (Brasil, 2006c).

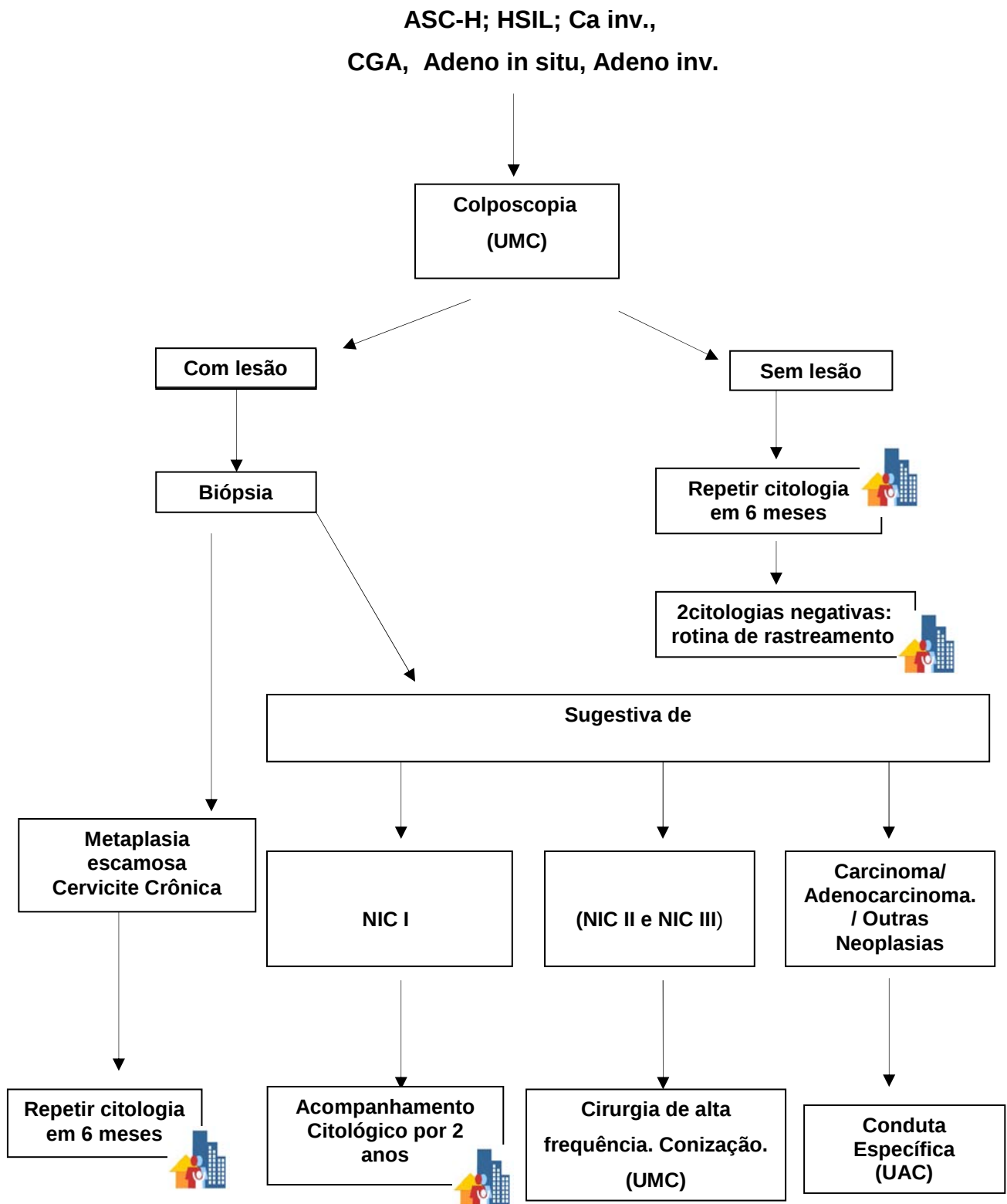


Figura 2. Fluxograma resumido das Recomendações da Nomenclatura Brasileira para Laudos cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas para ASC-H, HSIL e Ca inv., CGA; Adeno in situ e Adeno inv. (Brasil, 2006c).

Os resultados das análises colposcópicas realizadas na UMC e registradas nos prontuários foram classificadas em colposcopia normal (ausência de qualquer lesão colposcópica e visualização da junção escamo-colunar (JEC) em todos os seus limites); colposcopia anormal (reconhecimento de alterações epiteliais, vasculares ou associações de ambas e visualização da JEC em todos os seus limites) e colposcopia Insatisfatória (INSAT) (exame colposcópico em que não foi possível visualizar a JEC e quando o epitélio escamoso apresentou atrofia ou inflamação intensa) (BRASIL, 2002a).

Os resultados dos exames histopatológicos foram classificados em: sem neoplasia (SNEO) incluindo normal, cervicite crônica inespecífica e pólipos endocervicais; alterações histológicas sugestivas de infecção por HPV; neoplasia intraepitelial cervical grau I (NIC I); neoplasia intraepitelial cervical grau II (NIC II); neoplasia intraepitelial cervical grau III, carcinoma epidermoide microinvasivo; carcinoma escamoso invasivo, adenocarcinoma in situ; adenocarcinoma invasor (Scully, 1994).

As condutas clínicas utilizadas foram de acordo com as normas do MS, para procedimentos tais como: eletrocauterização (ECTZ), conização (CON), LEEP (*Loop Eletrosurgical Excision Procedures*)-excisão eletrocirúrgica por alça e orientações previstas como seguimentos citológicos, retorno às UABS de origem (BRASIL, 2006c).

Para o processamento e análise dos dados obtidos utilizaram-se os programas Epi-info 3.3.2, 2006 e Microsoft Excel 2007. As variáveis foram estudadas de maneira descritiva, através do cálculo de frequências absolutas e relativas, média, valores mínimo e máximo.

3.3. OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA QUALITATIVA

3.3.1. Cenário do estudo

A Secretaria municipal de saúde dividiu a região metropolitana de Goiânia em nove regiões denominadas Distritos Sanitários a partir dos quais operacionaliza o atendimento à população (Figura 3). Essas regiões são bastante heterogêneas tanto

do ponto de vista de infra-estrutura, quanto de aspectos socioeconômicos e culturais. As mulheres que participaram do estudo residem nessas regiões e foram atendidas de forma regionalizada conforme a estrutura distrital.

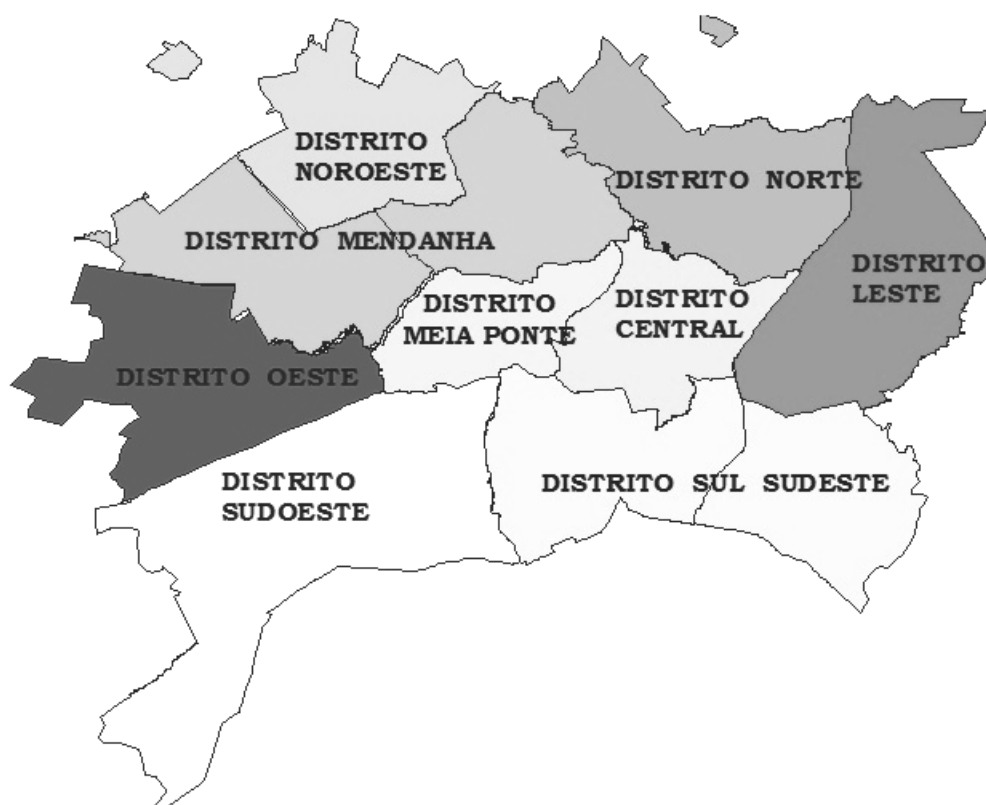


Figura 3. Representação gráfica dos Distritos Sanitários do Município de Goiânia-GO (SMS, 2006).

No sentido de compreender a vivência dessas mulheres na busca por prevenção e tratamento do câncer do colo do útero buscou-se uma amostragem que representasse mulheres atendidas nos diferentes distritos sanitários de Goiânia e que em caso de lesões suspeitas tivessem sido encaminhadas para a UMC do município para confirmação diagnóstica e tratamento.

O objetivo da investigação qualitativa foi analisar as percepções de mulheres com resultados de exames citopatológicos com lesões precursoras ou invasivas do colo do útero sobre o atendimento no SUS e os aspectos psicossociais que envolvem o diagnóstico e o tratamento dessas mulheres.

3.3.2. Trabalho de campo

Foram acessadas as informações contidas nos prontuários de 1.109 mulheres atendidas na UMC de referência para diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero. Seguindo a sequência de aparecimento na listagem e contemplando mulheres residentes em diferentes setores do município de Goiânia com resultados citopatológicos classificados com diferentes graus de lesões, iniciaram-se os contatos telefônicos prévios.

À medida que se conseguia contato telefônico com cada mulher e após os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e o seu consentimento em participar agendava-se a entrevista no local e horário escolhido pela mulher. As entrevistas ocorreram no período de março a dezembro de 2008 de forma sucessiva conforme a disponibilidade das mulheres.

3.3.3. Obtenção dos dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual contendo a caracterização dos sujeitos e duas questões norteadoras, de acordo com a técnica do incidente crítico (FLANAGAN, 1973): uma com polaridade negativa: *“Relate uma situação ocorrida com você do momento que recebeu o resultado do exame de prevenção até o final do tratamento que considerou negativa (ou ruim)”* - e outra positiva: *“Relate uma situação ocorrida com você do momento que recebeu o resultado do exame de prevenção até o final do tratamento que considerou positiva ou boa”* (Apêndice A).

As entrevistas foram iniciadas com a apresentação das pesquisadoras e esclarecimento sobre a pesquisa e seus objetivos. Após os esclarecimentos foi solicitada a aquiescência, pela assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B). Durante a entrevista foram registrados os dados relacionados ao perfil das mulheres e os dos incidentes críticos relatados pelas entrevistadas.

Nesse momento foi solicitado às mulheres que tentassem relembrar, a partir da experiência vivenciada, desde o recebimento do exame de prevenção, passando

pelos demais exames e tratamentos realizados, todas as situações vivenciadas dentro desse percurso.

Ainda nesse momento, eram informadas de que poderiam fazer quantos relatos desejassem e que, por outro lado, detinham total liberdade para não relatar qualquer informação que não quisessem.

Solicitou-se também que fizessem primeiro o relato de situações negativas, em virtude da facilidade com a qual elas são lembradas, propiciando, assim, maior fluência na entrevista. Quando não se lembravam de mais nenhuma situação negativa, era solicitado o relato da situação que considerava positiva em relação à busca pelo tratamento.

O registro das entrevistas foi realizado na presença da entrevistada, à medida do desenvolvimento do diálogo. Ao terminar cada entrevista, fazia-se a leitura dos relatos registrados, para que fossem confirmados ou não pela entrevistada, momento no qual tinham a liberdade de alterar ou acrescentar informações. A duração média das entrevistas foi de 60 minutos. Ao término de cada entrevista, estabelecia-se o acordo de continuar contando com a participação das mesmas, caso fosse necessário complementar ou esclarecer algum dado.

Os dados de cada entrevista foram transcritos no mesmo dia e correspondeu a uma análise prévia quanto a sua caracterização como incidente crítico uma vez que foram digitados locando as falas em cada um dos três elementos que o compõem: situação, comportamento e consequência e de conformidade com a polaridade, negativa ou positiva, indicada pelo sujeito.

Após a entrevista de 15 mulheres e a verificação da repetição do conteúdo das experiências relatadas, todos os relatos foram submetidos à apreciação de três pesquisadores com experiência na TIC com objetivo de validar se cada relato caracterizou-se num incidente crítico e se as falas estavam ordenadas conforme os três elementos que o constituem: situação, comportamento e consequência.

Após essa análise duas entrevistas foram excluídas por não se caracterizarem incidente crítico. A leitura criteriosa e coletiva executada por esse grupo e as discussões para a fidedignidade dos incidentes críticos conduziu os avaliadores à compreensão de que havia saturação no conteúdo dos relatos e a percepção de que não havia acréscimos de dados novos e que os existentes eram

suficientes para uma análise que levaria ao alcance dos objetivos propostos. Constituíram dados para a análise, o relato de experiências de 13 mulheres entrevistadas.

3.3.4. Interpretação e análise dos dados

A interpretação e análise dos dados foram realizadas por meio de várias leituras consistentes dos incidentes críticos agrupando os relatos por similaridade em cada um dos incidentes críticos (Dela Coleta, 2004; Estrela e Estrela, 1994). O critério de análise foi ancorado na própria definição do incidente crítico e nos elementos contidos nessa definição e considerando os objetivos da investigação (Estrela e Estrela, 1994).

A atenção, portanto, concentrou-se não apenas no comportamento das mulheres, mas também nos comportamentos dos profissionais durante o atendimento, que foram revelados pelas entrevistadas e caracterizaram as situações dos incidentes críticos. Nessa perspectiva um incidente crítico referente a uma situação de atendimento representou a resposta do profissional a uma demanda de atendimento que somada às consequências caracterizaram os níveis de exigências críticas para esse atendimento.

Diante disso e dos objetivos propostos determinou-se fazer a categorização dos incidentes críticos na sua totalidade com uma análise conjunta dos elementos que compõem o incidente crítico: situação, comportamento e consequência.

Após leituras consistentes das entrevistas e o isolamento dos relatos por similaridade foram identificadas as subcategorias: Atendimento profissional e fluxo de atendimento que deram origem a categoria O atendimento no SUS, e as subcategorias Apoio externo e Novas perspectivas para a vida que deram origem a categoria O enfrentamento da doença.

Essas categorias e subcategorias de análise constituíram o corpo de discussão do trabalho que foram feitas à luz do referencial teórico. As duas grandes categorias caracterizaram aspectos diferentes sendo que uma revelou as exigências críticas do atendimento e a outra os aspectos psicossociais evidenciados pelas mulheres que vivenciaram o diagnóstico e tratamento.

Para maior compreensão da análise e discussão do estudo utilizou-se as falas dos sujeitos que representassem melhor a idéia discutida. Essas falas foram ajustadas quanto a regência verbal e ortográfica e identificadas com a letra “S” de sujeito, seguida do número correspondente à sequência das entrevistas.

Fez-se o levantamento do número de incidentes críticos relatados pelas mulheres do estudo com a frequência e proporção dos incidentes positivos e negativos para identificação de indícios de soluções para as situações problemáticas.

4. PUBLICAÇÕES

4.1 Artigo 1

Trajetória de mulheres com lesões precursoras ou invasivas do colo do útero:
uma análise retrospectiva

A ser submetido à Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

4.2. Artigo 2

Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer
cervicouterino em Goiânia-Goiás.

Publicado pela Revista Eletrônica de Enfermagem.

Artigo Original Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 abr/jun;13(2):239-49.

Availablefrom:<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a10.htm>.

4.3. Artigo 3

Aspectos psicossociais de mulheres com lesões precursoras e invasivas do
colo do útero.

A ser submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem

4.1 Artigo 1

Trajetória de mulheres com atipias de significado indeterminado, lesões precursoras ou invasivas do colo do útero: uma análise retrospectiva

Trajectory of women with atypias of undetermined significance, precursor lesions or invasive cervical cancer: a retrospective analysis.

Zair Benedita Pinheiro de Albuquerque^{I, II}; Suelene Brito do Nascimento Tavares^{II}; Edna Joana Cláudia Manrique^{II}; Adenícia Custódio Silva e Souza^{III}; Janaína Guimarães Valadares^{III}; Rita Goreti Amaral^{I,II}

^IPrograma de Pós Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.

^{II}Unidade de Monitoramento Externo da Qualidade dos Exames Citopatológicos Cervicais. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.

^{III}Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.

Correspondência:

Zair Benedita Pinheiro de Albuquerque

Rua Artur Macedo, 72 Centro

Goiânia - GO

CEP: 74020-150

RESUMO

OBJETIVO: Investigar os encaminhamentos de mulheres com resultados de exames citopatológicos com atipias de significado indeterminado e lesões precursoras ou invasivas do colo do útero para a Unidade de Média Complexidade (UMC) segundo as recomendações do Ministério da Saúde (MS).

MÉTODOS: Estudo retrospectivo com base nos resultados dos exames citopatológicos de mulheres, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) realizado através das Unidades de Atenção Básica de Saúde (UABS), encaminhadas para a UMC do Município de Goiânia-GO no período de 2005 a 2006. Foram analisados 1.109 prontuários seguindo-se as recomendações do MS de acordo com a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas. Para o processamento e análise dos dados foram utilizados os programas Epi-info 3.3.2, 2006 e Microsoft Excel 2007. As variáveis foram estudadas de maneira descritiva, através do cálculo de frequências absoluta e relativa, média e valores mínimos e máximos.

RESULTADOS: Observou-se que 79% dos encaminhamentos não estavam em conformidade com as recomendações do MS e que 54,6% das mulheres com resultados classificados como células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e lesão intra-epitelial de baixo grau (LSIL) foram encaminhadas à UMC, e destas, 81,6% foram submetidas à colposcopia e 46,0% realizaram exames histopatológicos cujos resultados foram classificados como sem neoplasias em 31,0% e NICI em 44,6%. Das 211 mulheres com resultados classificados como lesões escamosas mais graves, 86,3% realizaram colposcopia, destas 68,7% realizaram exames histopatológicos. Das 251 mulheres encaminhadas por outros motivos, 62,9% e 32,6% realizaram, respectivamente, exames colposcópicos e histopatológicos. Das 26 mulheres encaminhadas sem informação do motivo de encaminhamento, 46,2% e 23,0% realizaram colposcopias e exames histopatológicos.

CONCLUSÕES: Os resultados deste estudo mostraram elevada frequência de encaminhamentos inadequados para a UMC, o que demandou um alto percentual de procedimentos desnecessários. As recomendações do MS foram parcialmente seguidas pelas UABS, não havendo, entretanto, observação criteriosa para os encaminhamentos realizados para a UMC. Uma vez na UMC, a maioria das mulheres recebeu orientação/tratamento conforme preconizados pelo MS.

Descritores: Neoplasias do Colo do Útero, Câncer cervical. Programas de Rastreamento, Prevenção e Controle.

ABSTRACT

PURPOSE: to investigate women with altered cervical cytopathological outcomes have been referred to Medium Complexity Units (MCU) as in accordance with the Brazilian Ministry of Health guidelines.

METHODS: this is a retrospective study based on the cytopathological outcomes of users of the Health System (HS) carried out in Basic Health Assistance Units (BHAU) referred to MCUs in the municipality of Goiânia, State of Goiás, from 2005 to 2006. We assessed 1.109 records regarding the Brazilian Ministry of Health/the National Institute of Cancer guidelines as established by the Brazilian Nomenclature for Cervical Citopatologic Outcomes and Preconized Clinical Practice. Data was analyzed and processed by using Epi-info 3.3.2, 2006 and Microsoft Excel 2007. Variables were assessed descriptively, through calculations of relative and absolute frequency.

RESULTS: From the total 1.109 referrals approximately 79% were not in accordance with the recommendations of the HM. There were 54.6% of women with test results classified as atypical squamous cells of undetermined significance, possibly non-neoplasms (ASC-US) and squamous intraepithelial lesion of low level (LSIL) which were sent to MCU, and of these 81.6% did colposcopy. Of these women, 46.0% had histopathological examination and the results were classified as 31.0% with non- neoplasms and 44.6% as NICI. Out of 211 women with results classified as squamous lesions more severe, 86.3% did colposcopy, of these 68.7% had histopathological examinations. Out off 251 women with others motifs of the referrals, 62,9% did colposcopy. Of these women 46, 2% had histopatologycal examination. Out off 26 women without information about referrals 46, 2% did colposcopy. Of these women 23% had histopatologycal examination.

CONCLUSIONS: The results of this study revealed high rates of inappropriate referrals for MCU, which required a high percentage of unnecessary procedures. The recommendations of HM were partially followed by UABS, without, however, careful observation for referrals made to the UMC. Once in the UMC, the majority of women received counseling/treatment as recommended by the Ministry of Health.

Descriptors: cervical neoplasias, cervical cancer, uterine neoplasm, screening programs, prevent and control

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, países desenvolvidos têm demonstrado importante redução na incidência e mortalidade por câncer de colo do útero, principalmente nos locais onde os programas de rastreamento são organizados e focados nas populações de risco¹.

No Brasil, o Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (MS/INCA) têm envidado esforços no sentido de aprimorar as políticas públicas para a saúde, buscando estratégias que possibilitem ações para redução da incidência e mortalidade por este tipo de câncer²⁻⁶. Entretanto, estudos demonstraram que além dos aspectos epidemiológicos e das questões relativas ao programa de rastreamento, as condições sociodemográficas das mulheres e o conhecimento limitado sobre prevenção de doenças são fatores que, somados às limitações dos serviços, à qualidade da atenção profissional e do sistema de informações, dificultam a prevenção e o controle do câncer cervical em nosso país⁷⁻¹².

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de prevenção e controle desse tipo de câncer são estruturadas nas Unidades de Atenção Básica de Saúde (UABS) e na incorporação organizada dos laboratórios de citopatologia, histopatologia e hospitais especializados. O programa é monitorado pelo sistema de informações sobre o câncer do colo do útero (SISCOLO) que ainda não permite identificação do número de mulheres examinadas, apenas o número excessivo de exames realizados e escassez de dados sobre resultados de colposcopia e biopsia. Estas circunstâncias dificultam o conhecimento preciso de taxas de captação e cobertura, essenciais ao acompanhamento das ações planejadas^{9, 13, 14}. Objetivando avaliar a completude, validade e sensibilidade das informações da base de dados do SISCOLO, pesquisadores concluíram que a sensibilidade do sistema em identificar os exames citopatológicos foi de 77,4%, enquanto para os exames complementares (colposcopia e histopatologia) foi de apenas 4,0%⁹.

A análise efetiva do rastreamento e do impacto das ações pode gerar um conjunto de indicadores fundamentais para se obter maior eficiência de um programa em termos de saúde pública¹⁵. Na dimensão programática encontram-se vários aspectos quanto à estrutura e dinâmica da organização do serviço de saúde que aumentam a vulnerabilidade de mulheres ao câncer de colo do útero¹⁶.

A eficiência do rastreamento depende do seguimento adequado do tratamento das usuárias que apresentam resultados citopatológicos anormais, mantendo-se no programa aquelas que precisam repetir o exame ou serem encaminhadas a centros especializados^{16, 17}.

No Brasil, todo o conjunto de normas e diretrizes elaboradas pelo MS/INCA constitui um importante sistema norteador para o controle do câncer do colo do útero. Entre essas diretrizes insere-se a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas que foi elaborada com a finalidade de orientar a atenção às mulheres, subsidiando tecnicamente os profissionais de saúde, disponibilizando conhecimentos atualizados de maneira sintética e acessível que possibilitem orientar condutas adequadas para o câncer do colo do útero^{5,13}.

É fato que a prática do rastreamento no Brasil, na maioria das vezes não segue as normas do MS e do SUS, pois a periodicidade mais adotada é anual e têm sido rastreadas mulheres jovens abaixo do limite inferior do grupo etário definido como risco, e muitas mulheres com resultados citopatológicos alterados não são orientadas adequadamente^{5, 6, 18,19}. Este conflito entre a prática vigente e as normas do Ministério da Saúde pode ser um fator de dificuldades para aperfeiçoar as ações do rastreamento.

Assim, considerando a importância das diretrizes brasileiras preconizadas pelo MS para o rastreamento do câncer do colo do útero, este estudo objetivou investigar os encaminhamentos de mulheres com resultados de exames citopatológicos com atipias de significado indeterminado e lesões precursoras ou invasivas do colo do útero para a UMC segundo as recomendações do MS.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo realizado na Universidade Federal de Goiás (UFG) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia-GO, aprovado pelo Comitê de Ética da UFG sob nº 71/2005.

Este estudo teve como base os resultados dos exames citopatológicos de mulheres usuárias do SUS que realizaram o exame de prevenção para controle do câncer do colo do útero nas UABS, e que foram encaminhadas para a UMC do Município de Goiânia-GO, no período de 2005 e 2006.

Inicialmente foi realizado um levantamento através do SISCOLO para identificar os exames citopatológicos do colo do útero alterados de mulheres atendidas nas UABS. Após este levantamento foram realizadas visitas às UABS para verificar os procedimentos de encaminhamentos dessas mulheres para a UMC. As informações destes procedimentos foram obtidas através dos prontuários e livros de registros e verificou-se que as mulheres com resultados alterados classificados como atípias de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US), assim como lesões mais graves eram encaminhadas para a UMC a partir do resultado da primeira citologia.

Após esta etapa, foram analisados os prontuários da UMC para obtenção das informações de seguimento das mulheres a partir dos resultados citopatológicos alterados. Assim, foram identificados 1.148 prontuários de mulheres cadastradas na UMC. Destes, 39 foram excluídos por apresentarem dados ilegíveis, totalizando 1.109 prontuários analisados.

O banco de dados foi construído a partir das informações contidas nos respectivos prontuários tais como: nome da mulher e da mãe, endereço e telefone, local e data de nascimento, data da última menstruação, número de gestações, número de filhos, número de abortos, hábito de fumar, uso de medicamentos, datas da consulta na UMC, motivos de encaminhamento à UMC, datas e resultados dos exames colposcópicos e histopatológicos, condutas clínicas e as orientações dadas às mulheres.

A classificação dos motivos de encaminhamentos foi baseada nos resultados dos exames citopatológicos de acordo com a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais, seguindo as recomendações do MS/INCA¹³: células escamosas atípicas, possivelmente não neoplásicas (ASC-US); células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão de alto grau (ASC-H); lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL-compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I), lesão intraepitelial de alto grau (HSIL-compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais graus II e III); lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão; carcinoma escamoso invasor (Ca inv.), células glandulares atípicas (CGA), adenocarcinoma “in situ” (Adeno “in situ”) e adenocarcinoma invasor (Adeno inv.).

Além dos resultados citopatológicos alterados, foram identificados encaminhamentos realizados pelas UABS, não preconizados pelo MS e foram incluídos no estudo, tais como: metaplasia, citologia normal, leucorréia, prevenção de câncer ginecológico, alterações reativas benignas etc. que receberam a denominação de outros motivos de encaminhamentos, e ainda

aqueles casos sem informações do resultado do exame citopatológico sobre o motivo de encaminhamento, mas que no prontuário continha resultados de colposcopia e histopatológico.

A análise das condutas clínicas baseou-se nas orientações preconizadas pelo MS/INCA¹³, as quais recomendam que as mulheres com exames citopatológicos classificados como ASC-US e LSIL devem repetir o exame citopatológico após seis meses na UABS. Se dois exames citopatológicos subsequentes semestrais forem negativos, a mulher deverá retornar para a rotina de rastreamento citológico. Caso o resultado de repetição confirmar o laudo citopatológico ou mais grave, a mulher deverá ser encaminhada para a UMC para colposcopia. Se o exame colposcópico apresentar lesão é recomendada a biópsia e condutas específicas a partir do laudo histopatológico.

As mulheres com exames citopatológicos classificados como ASC-H, HSIL, Ca inv., AGC, Adeno “in situ” e Adeno inv. devem ser encaminhadas imediatamente à UMC para realização de colposcopia e confirmação histológica, e se necessário, deverão ser encaminhadas a UAC para serem tratadas de acordo com as condutas específicas recomendadas, tais como: eletrocauterização (ECTZ), conização (CON), LEEP (*Loop Eletrosurgical Excision Procedures*)-excisão eletrocirúrgica por alça e orientações previstas como retorno às UABS de origem para seguimentos citológicos¹³.

Os resultados das colposcopias foram classificados em colposcopia normal (ausência de qualquer lesão colposcópica e foi possível visibilizar a junção-escamo coluna (JEC) em todos os seus limites); colposcopia anormal (reconhecimento de alterações epiteliais, glandulares ou associações de ambas, sendo possível visibilizar a JEC em todos os seus limites) e colposcopia Insatisfatória (INSAT) (exame colposcópico em que não foi possível visibilizar a junção escamo-colunar (JEC) e quando o epitélio escamoso apresentou atrofia ou inflamação intensa)²⁰.

Os resultados dos exames histopatológicos foram classificados em: sem neoplasia (SNEO) incluindo normal, cervicite crônica inespecífica e pólipos endocervicais; alterações histológicas sugestivas de infecção por HPV; neoplasia intraepitelial cervical grau I (NIC I); neoplasia intraepitelial cervical grau II (NIC II); neoplasia intraepitelial cervical grau III (NIC III), carcinoma epidermoide microinvasivo; carcinoma escamoso invasivo, adenocarcinoma “in situ” e adenocarcinoma invasor²¹.

Para a análise dos dados os resultados dos exames citopatológicos foram agrupados e categorizados de acordo com a conduta clínica preconizada e a gravidade da lesão da seguinte maneira: os resultados classificados como ASC-US ou LSIL foram categorizados como ASC-US/LSIL, os classificados como ASC-H, HSIL, carcinoma invasor foram categorizados como ASC-H/HSIL/Ca inv. e os classificados como CGA, adenocarcinoma invasor foram categorizados como CGA/Adeno inv.

Utilizou-se os programas Epi-info 3.3.2, 2006 e Microsoft Excel 2007 para processamento e a análise dos dados. As variáveis foram estudadas de maneira descritiva, através do cálculo de frequências absolutas e relativas, média, valores mínimo e máximo.

RESULTADOS

A idade das mulheres variou de 11 a 81 anos, e a maioria apresentava-se dentro da faixa etária de 25 a 59 (69,0%).

De 1.109 mulheres encaminhadas à UMC, 605 (54,6%) apresentavam resultados citopatológicos classificados como ASC/LSIL, 211 (19,0%) como ASC-H/HSIL/Ca inv., 251 (22,6%) por outros motivos e 26 (2,3%) sem informações do motivo de encaminhamento (Tabela 1).

Das 1.109 mulheres, 858 (77,4%) foram encaminhadas para colposcopia e 518 (46,7%) para a histopatologia (Tabela 1). Os resultados destes procedimentos e das condutas clínicas estão apresentados nas Tabelas 2, 3, 4.

Das 605 mulheres com resultados citopatológicos classificados como ASC-US/LSIL, 494 (81,6%) e 278 (46,0%) realizaram colposcopia e histopatológicos, respectivamente. Das 494 mulheres que realizaram colposcopia, 212 (43,0%) apresentaram resultados anormais e das 278 mulheres com ASC-US/LSIL que realizaram histopatológico, 124 (44,6%) tiveram resultados classificados como NIC I, destas, 98 (79,0%) receberam orientações para retorno às unidades de origem e seguimento citológico, 50 (18,0%) foram classificados como NICII/NICIII, destas 27(54,0%) realizaram condutas clinicas preconizadas e 86 mulheres (31,0%) tiveram resultados histopatológicos classificados como sem neoplasias (Tabela 2).

Das 211 mulheres com resultados citopatológicos classificados como ASC-H/HSIL/Ca inv., 182 (86,3%) e 145(66,7%) realizaram colposcopia e histopatológicos, respectivamente. Das 182 mulheres que realizaram colposcopia, 108 (59,0%) apresentaram resultados anormais

e das 145 (68,7%) mulheres com ASC-H/HSIL/Ca inv. que realizaram histopatológico, 27 (18,6%) tiveram resultados histopatológicos classificados como NIC I, destas, 15 (55,6%) receberam orientações para retorno às unidades de origem e seguimento citológico, 86(59,3%) foram classificados como NICII/NICIII, destas 61(70,9%) realizaram condutas clínicas preconizadas e 24 mulheres (16,6%) tiveram resultados histopatológicos classificados como sem neoplasias (Tabela 3)

Das 16 mulheres com CGA/Adeno inv., 12 (75,0%) e sete (43,7%) realizaram colposcopia e histopatológicos, respectivamente. Das 12 mulheres que realizaram colposcopia, duas (16,7%) apresentaram resultados anormais e das sete mulheres com CGA/Adeno inv que realizaram histopatológico, uma teve resultado classificado como NIC III e foi encaminhada para realizar LEEP, três o histopatológico foi classificado como sem neoplasia e três sem informação de resultado (Tabela 3).

Das 251 mulheres encaminhadas à UMC por outros motivos de, 158 (62,9%) e 82 (32,6%) realizaram colposcopia e histopatológicos, respectivamente. Das 158 mulheres que realizaram colposcopia, 39 (24,8%) apresentaram resultados anormais e das 82 mulheres que realizaram histopatológico, 21 (25,6%) tiveram resultados histopatológicos classificados como NIC I, destas, 17 (80,8%) receberam orientações para retorno às unidades de origem e seguimento citológico, oito (9,8%) foram classificados como NICII/NICIII, destas duas (25,0%) realizaram condutas clínicas preconizadas e 51 mulheres (62,5%) tiveram resultados histopatológicos classificados como sem neoplasias (Tabela 4).

Das 26 mulheres encaminhadas à UMC sem informação do motivo, 12 (46,2%) e seis (23,0%) realizaram colposcopia e histopatológicos, respectivamente. Das 12 mulheres que realizaram colposcopia, cinco (41,7%) apresentaram resultados anormais e das seis mulheres que realizaram histopatológico, três (50,0%) tiveram resultados histopatológicos classificados como NIC I, e todas receberam orientações para retorno às unidades de origem e seguimento citológico, duas (33,3%) tiveram resultados histopatológicos classificados como sem neoplasias (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que aproximadamente 79% dos encaminhamentos das mulheres para a UMC não estavam de acordo com as recomendações

do MS. Destas, mais da metade tinham resultados de exames citopatológicos classificados como ASC-US/LSIL, e a maioria foram submetidas à colposcopia cujos resultados foram classificados como normais ou sem informações do resultado.

Observou-se, ainda, que as mulheres com exames citopatológicos classificados como ASC-US/LSIL submetidas ao exame histopatológico, menos de 20% tiveram resultados classificados como NICII/NICIII, 31% e 44,6% foram classificados como sem neoplasias e NICI, respectivamente. Estes resultados são consistentes com a literatura^{22,23} e reforçam a importância das recomendações do MS/INCA, ou seja, repetir o exame citopatológico após seis meses, caso confirme a mesma alteração ASC-US/LSIL ou pior diagnóstico é que deverá ser submetida à colposcopia. A não ser que esse encaminhamento seja realizado a critério ou juízo clínico¹³.

A categoria ASC-US tem sido alvo de estudos, debates e consensos. Pesquisadores propõem o aperfeiçoamento das condutas clínicas preconizadas para essa categoria sugerindo o encaminhamento para colposcopia em situações especiais, como, por exemplo, mulheres imunocomprometidas e que necessitem acompanhamento por especialistas, teste para detecção de HPV oncogênico em mulheres com mais de 20 anos, ou em mulheres grávidas a exemplo do que está sendo realizado na Região Norte do Brasil^{4,22,23}. O MS, todavia considera inviável a aplicação do teste de identificação para HPV em função do alto custo do mesmo no mercado brasileiro e pelo fato de que o exame citopatológico cumpre o objetivo de identificar as mulheres que realmente precisam realizar a colposcopia⁵.

Ainda neste estudo, observou-se que as mulheres com resultados citopatológicos classificados como ASC-H/HSIL/Ca inv., aproximadamente 60% foram confirmados pela histopatologia como NICII/NICIII. Por outro lado, observou-se que aproximadamente 35% foram classificados pelo histopatológico como sem neoplasias ou NIC I. Esses resultados são consistentes com estudos que demonstraram que as atipias de significado indeterminado quando correlacionadas com o histopatológico podem variar desde a normalidade até lesões mais graves, incluindo as formas invasoras e que cerca de 20 a 30% de LSIL são classificadas como NIC II ou NICIII pela histopatologia. No entanto, as HSIL apresentam melhor correlação com resultados histopatológicos, que confirmam NIC II/NICIII em mais de 62% dos casos^{22,23}.

Vale ressaltar que aproximadamente 30% dos formulários das mulheres com resultados citopatológicos classificados como ASC-H/HSIL não tinham informação sobre a

realização e resultados de colposcopia e biópsia, o que sugere a não realização desses exames. Observou-se ainda, que mais de 20% de mulheres com outros motivos de encaminhamentos não preconizados pelo MS foram encaminhadas à colposcopia e biópsia e mais de 60% dos resultados destes exames foram classificados como normais. Da mesma forma, mulheres cujos formulários não continham informações sobre o motivo de encaminhamento foram submetidas à colposcopia e biópsia e mais de 30% dos resultados destes exames foram classificados como normais. Estes dados reforçam a importância de se observar as recomendações do MS/INCA ^{5,13}, evitando-se equívocos nos encaminhamentos e procedimentos, transtornos emocionais às mulheres e custos adicionais ao sistema de saúde.

Apesar desta pesquisa não objetivar avaliação da qualidade das informações do sistema ou dos prontuários observou-se nestes falta de informações, preenchimentos incompletos e dados ilegíveis. Pesquisadores atentam para o fato de que o sistema de informações, a organização do funcionamento, a qualificação dos profissionais para realização adequada de suas funções, especialmente auxiliares técnicos, e a pouca eficiência do sistema educacional para o trabalho são fatores que contribuem para a pouca eficiência do programa brasileiro de controle do câncer de colo do útero ^{9,14}.

Estes aspectos demandam a necessidade de recursos humanos que, além do conhecimento técnico-científico, reconheçam as normas estabelecidas e as relações entre os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, suas dinâmicas e práticas de trabalho que compõem o caminho percorrido pelas mulheres em busca de prevenção e tratamento.

Pesquisa recente analisando a sustentabilidade da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica considera que inovações e desenvolvimento da capacidade técnica são os aspectos mais importantes no sentido de sustentabilidade da mesma ²⁵.

Em relação às condutas clínicas após os resultados do exame histopatológico, observou-se que, na maioria dos casos com resultados classificados como sem neoplasias ou NICI, as mulheres receberam orientações para retorno às unidades de origem e seguimento citológico. Da mesma forma, em relação aos resultados confirmados como NICII/NICIII ou pior diagnóstico, as mulheres foram, regra geral, orientadas e encaminhadas para realização dos procedimentos conforme condutas clínicas preconizadas pelo MS ¹³.

A importância do seguimento de mulheres rastreadas pelos programas de prevenção e controle do câncer de colo do útero é ressaltada por autores que consideram essa ação como elemento fundamental para avaliação da efetividade das ações ^{16,17}.

Assim sendo, a observação das normas e os encaminhamentos corretos para os diferentes níveis de atendimento são fatores importantes para o aprimoramento do desempenho do programa de rastreamento com vistas ao controle do câncer cervical, ao mesmo tempo em que exclui procedimentos e condutas desnecessárias que podem gerar custos adicionais.

Com o advento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, implementação dos recursos necessários e a recente criação de um grupo de trabalho para avaliação do Programa Nacional do Controle do Câncer do Colo do Útero surgem novas perspectivas para questões de qualificação profissional e aprimoramento da atenção à saúde, possibilitando o almejado avanço da Política Nacional de Atenção Oncológica. Essas ações, uma vez concretizadas, certamente contribuirão para a redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero em nosso país ^{6, 26,27}.

Neste estudo, os resultados mostraram ainda elevada frequência de encaminhamentos inadequados para a UMC, o que demandou um alto percentual de procedimentos desnecessários. As recomendações do MS foram parcialmente seguidas pelas UABS, não havendo, entretanto, observação criteriosa para os encaminhamentos realizados para a UMC. Uma vez na UMC, a maioria das mulheres recebeu orientação/tratamento conforme preconizados pelo Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Arbyn MC, Rebolj M, De Kok Inge MCM, Fender M, Becker N, O'Reilly M et al. The challenges of organizing cervical screening programmes in the 15 old members states of the European Union. *European Journal of Cancer*. 45 (2009) 2671-2678.
2. Fadel CB, Schneider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Administração Pública: o pacto pela saúde como nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *Rev. adm. Pública*. 2009; 43(2):445-456.
3. Machado RR, Costa E, Erdmann AL, Albuquerque GL, Ortega MBO. Entendendo o Pacto pela saúde na gestão do SUS e sua implementação. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009 [cited 2010 mar 25]; 11(1):181-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>
4. Manual de Procedimentos do Rastreio do câncer do colo do útero. Unidades de Patologia Cervical. Administração Regional Saúde do Norte. Março, 2009.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, 2011.
6. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero: sumário executivo. Rio de Janeiro, 2010.
7. Cruz LMB, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer de colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc.* 2008; 17 (2):120-31.
8. Fernandes JF, Rodrigues SHL, Costa YGAS, Silva LCM, Brito AML, Azevedo JWV, Nascimento ED, Azevedo PRM, Fernandes TAAM. Conhecimentos, atitude e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(5): 851-8
9. Girianelli VR, Thuler LCS, Azevedo e Silva, G. Qualidade do sistema de informação do câncer do colo do útero no estado do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(4): 580-8.
10. Greenwood SA, Souza Machado MFA, Sampaio NMV. Motivos que levam as mulheres a não retornarem para receber o resultado do exame Papanicolaou. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2006;14(4):503-9.
11. Martins LFL, Valente JG, Thuler LCS. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(2):318-25.
12. Mendonça V G, Lorenzato, F R B, Mendonça, J G, Menezes, T C, Guimarães, M J B. Mortalidade por câncer de colo do útero: características sócio-demográficas das mulheres residentes na cidade de Recife. Pernambuco. *Rev Bras Ginecol Obst.* 2008;30 (5): 248-535.
13. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas. Recomendações para profissionais de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28 (8): 486-504.
14. Vale, DBAP, Moraes, SS, Pimenta, AL, Zeferino, LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2010;26 (2); 383-390.
15. Bottari CMS, Vasconcellos MM, Mendonça MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24 (S1):11-22.
16. Brito DMS, Galvão MTG, Pereira MLD. Marcadores de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas por HIV. *Rev. Latino- Am. Enfermagem.* 2011; 19(3): 1-8.
17. Zola, P; Brown, M L. Riley, G F., Scusller, N., Etizione R. Follow-up Strategies in Gynecological Oncology: Searching Appropriateness. *Int Gynecol Cancer* 2007; 1-6.

18. Zeferino LC; Derchain SF. Cervical cancer in the developing world. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2006; 20(3): 339-354.
19. Freitas RA, Carvasan GA, Morais SS, Zeferino LC. Excessive Pap smears due to opportunistic cervical cancer screening. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2008;29(5):479-82.
20. Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia. Roteiro para Laudo Colposcópico. Terminologia Colposcópica:Barcelona, 2002. Available from; <http://www.colposcopia.org.br/index.php>
21. Scully, R E, Bonfiglio, T A, Kurmann RJ., Silverberg, S G., Wilkins E J. Histological Typing of Female Genital Tract Tumors.Word Heath Organization. International Histological Classification of Tumors. Berlin, 1994.
22. Russomano F, Monteiro AXS, Mousinho RC. O diagnóstico de células escamosas atípicas de significado indeterminado – uma avaliação crítica das recomendações diagnósticas. *Rev Bras. Ginecol. Obst.* 2008; 30 (11): 573-82
23. Veiga FR, Russomano F, Camargo MJ, Monteiro ACS, Reis A, Tristão M. Prevalência de lesões intraepiteliais de alto grau em pacientes com citologia com diagnóstico persistente de ASCUS. *Rev. Bras. Ginecol. Obst.* 2006; 28(2): 75-80.
24. Vincent SP. Educação Permanente: componente estratégico para a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica. *Rev. Brasileira de Cancerol.* 2007; 53 (1): 79-85.
25. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, Alves CKA, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 26(6): 1079-1095, 2010.
26. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero. Portaria Ministerial GM/MS nº 310/2010. Institui Grupo de Trabalho para avaliação do Programa. Brasil, 2010.
27. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Política Nacional de Atenção Oncológica. Portaria 2439/GM. Brasil, 2005.

Este estudo integra a Tese de Doutorado de Zair Benedita Pinheiro de Albuquerque apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Délio Marques Conde, médico ginecologista, por suas importantes considerações sobre este estudo.

Tabela 1. Achados citológicos, colposcópicos e histológicos do colo do útero

Exame citopatológico de encaminhamento	Citologia n (%)	Colposcopia n (%)	Histopatologia n (%)
ASC-US/LSIL	605 (54,6)	494 (57,6)	278(53,7)
ASC-H/HSIL/Ca inv	211 (19,0)	182 (21,2)	145 (28,0)
CGA/Adeno inv.	16 (1,5)	12 (1,4)	7 (1,3)
Outros motivos de encaminhamento	251 (22,6)	158 (18,4)	82 (15,8)
Sem informações sobre motivo de encaminhamento	26 (2,3)	12 (1,4)	6 (1,2)
TOTAL	1.109 (100)	858 (100)	518 (100)

ASC-US: células escamosas atípicas de significado indeterminado, provavelmente não neoplásicas; LSIL: lesão intraepitelial de baixo grau; ASC-H: células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão de alto grau; HSIL: lesão intraepitelial de alto grau; Ca invasor: carcinoma escamoso invasor; CGA: células glandulares atípicas; Adeno inv.: adenocarcinoma invasor;

Tabela 2. Correlação dos exames citopatológicos de encaminhamento classificados como ASC-US, LSIL com os resultados colposcópicos, histopatológicos e condutas clínicas

Exame Citopatológico de encaminhamento	Seguimento					
	Colposcopia		Histopatologia		Condutas clínicas	
	n (%)		n (%)		n (%)	
ASC-US/LSIL 605	INSAT.	24 (4,8)	SNEO	86 (31,0)	RUO/SC	60 (69,7)
	NORMAL	229 (46,3)			OC	11(12,8)
	ANORMAL	212 (43,0)			SIC	14 (16,3)
	SIR	29 (5,9)			LEEP	1 (1,2)
	Total	494 (81,6)			Total	86 (100)
			NICI	124 (44,6)	RUO/SC	98 (79,0)
					LEEP	3 (2,4)
					ECTZ	3 (2,4)
					OC	9 (7,4)
					SIC	11 (8,8)
					Total	124 (100)
			NICII/III	50 (18,0)	RUO/SC	15 (30,0)
					ECTZ	2 (4,0)
					LEEP	18 (36,0)
					CONI	5 (10,0)
					EUAC	2 (4,0)
					SIC	8 (16,0)
					Total	50 (100)
			Adeno inv.	3 (1,0)	EUAC	2 (66,7)
					LEEP	1 (33,3)
					Total	3 (100)
			SIR	15 (5,4)	ECTZ	1 (6,7)
					LEEP	2 (13,3)
					OC	2 (13,3)
					SIC	10 (66,7)
					Total	15 (100)
			Total	278 (46,0)		

ASC-US: células escamosas atípicas de significado indeterminado, provavelmente não neoplásicas; LSIL: lesão intraepitelial de baixo grau; INSAT: insatisfatória; SIR: sem informações resultados; SNEO: sem neoplasia, NIC I: neoplasia intraepitelial grau I; NIC II: neoplasia intraepitelial grau II; NIC III: neoplasia intraepitelial grau III; Adeno inv.: adenocarcinoma invasor; RUO: retorno à unidade de origem; SC: seguimento citológico; ECTZ: eletrocauterização; LEEP: excisão eletrocirúrgica por alça; CONI: conização; OC: outras condutas; EUAC: encaminhamento para unidade de alta complexidade; SIC: sem informação de conduta.

Tabela 3. Correlação entre os exames citopatológicos de encaminhamento classificados como ASC-H, HSIL, Ca invasor, CGA e Adeno inv. com os resultados colposcópicos, histopatológicos e condutas clínicas

Exame citopatológico de encaminhamento	Seguimento					
	Colposcopia		Histopatologia		Conduatas clínicas	
	n (%)		n (%)		n (%)	
ASC-H/HSIL/ Ca inv 211	INSAT	20 (11,5)	SNEO	24 (16,6)	RUO/SC	19 (79,2)
	NORMAL	39 (21,3)			LEEP	1 (4,2)
	ANORMAL	108 (59,0)			SIC	4 (16,6)
	SIR	15 (8,2)			Total	24 (100)
	Total	182 (86,3)				
			NICI	27 (18,6)	RUO/SC	15 (55,6)
					LEEP	3 (11,1)
					CONI	1 (3,7)
					EUAC	1 (3,17)
					OC	2 (7,4)
					SIC	5 (18,5)
					Total	27 (100)
			NICII/ NICIII	86 (59,3)	RUO/SC	18 (21,0)
					LEEP	48 (55,8)
					CONI	2 (2,3)
					EUAC	11(12,8)
					OC	4 (4,6)
					SIC	3 (3,5)
					Total	86 (100)
			Ca. inv	6 (4,1)	EUAC	5 (83,3)
					SIC	1 (16,7)
					Total	6 (100)
		SIR	2 (1,4)	SIC	2 (100)	
		Total	145 (68,7)			
CGA/Adeno inv 16	INSAT	2 (16,7)	SNEO	3 (42,8)	RUO/SC	1 (33,3)
	NORMAL	7 (58,3)			LEEP	2 (66,7)
	ANORMAL	2 (16,7)	NICIII	1 (42,8)	LEEP	1 (100)
	SIR	1 (8,3)				
	Total	12 (75,0)	SIR	3 (42,8)	SIC	3 (100)
			Total	7 (43,7)		

ASC-H: células escamosas atípicas de significado indeterminado, não podendo excluir lesão de alto grau; HSIL: lesão intraepitelial de alto grau; Ca invasor: carcinoma escamoso invasor; CGA: células glandulares atípicas; Adeno inv.: adenocarcinoma invasor; INSAT: insatisfatória; SIR: sem informações resultados; SNEO: sem neoplasia, NIC I: neoplasia intraepitelial grau I; NIC II: neoplasia intraepitelial grau II; NIC III: neoplasia intraepitelial grau III; Adeno inv.: adenocarcinoma invasor; RUO: retorno à unidade de origem; SC: seguimento citológico; ECTZ: eletrocauterização; LEEP: excisão eletrocirúrgica por alça; CONI: conização; OC: outras condutas; EUAC: encaminhamento para unidade de alta complexidade; SIC: sem informação de conduta.

Tabela 4. Correlação entre outros motivos de encaminhamento, sem informação de encaminhamento e os resultados colposcópicos, histopatológicos e condutas clínicas

		Seguimento					
		Colposcopia		Histopatologia		Condutas clínicas	
		n (%)		n (%)		n (%)	
Outros motivos de encaminhamento (251)	INSAT.	07 (4,4)		SNEO	51 (62,2)	RUO/SC	37 (72,5)
	NORMAL	99 (62,6)				EUAC	1 (2,0)
	ANORMAL	39 (24,8)				OC	10 (19,6)
	SIR	13 (8,2)				SIC	3 (5,9)
	Total	158 (62,9)				Total	51 (100)
				NICI	21 (25,6)	RUO/SC	17 (80,8)
						ECTZ	1 (4,8)
						LEEP	1 (4,8)
						OC	1 (4,8)
						SIC	1 (4,8)
			Total	21 (100)			
			NICII/III	8 (9,8)	RUO/SC	5 (62,5)	
					CONI	1(12,5)	
					LEEP	1(12,5)	
					OC	1(12,5)	
					Total	8 (100)	
			SIR	2 (2,4)	RUO/SC	1 (50,0)	
					SIC	1 (50,0)	
					Total	2 (100,0)	
			Total	82 (32,6)			
Sem informações sobre motivo de encaminhamento (26)	Normal	5 (41,7)		SNEO	2 (33,3)	RUO/SC	1 (50,0)
	Anormal	5 (41,7)				SIC	1 (50,0)
	SIR	2 (16,6)				Total	2 (100,0)
	Total	12 (46,2)		NICI	3 (50,0)	RUO/SC	3 (100,0)
				SIR	1 (16,7)	RUO/SC	1 (100,0)
				Total	6 (23,0)		

INSAT: insatisfatória; SIR: sem informações resultados; SNEO: sem neoplasia, NICI: neoplasia intraepitelial grau I; NIC II: neoplasia intraepitelial grau II; NIC III: neoplasia intraepitelial grau III; RUO: retorno à unidade de origem; SC: seguimento citológico; ECTZ: eletrocauterização; LEEP: excisão eletrocirúrgica por alça; CONI: conização; OC: outras condutas; EUAC: encaminhamento para unidade de alta complexidade; SIC: sem informação de conduta.

4.2. Artigo 2

Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO^I

SUS's care in women's perception with cervical cancer lesions in Goiânia-GO

La atención en el SUS al parecer de las mujeres con lesiones de cáncer de cuello uterino em Goiânia-GO

RESUMO

O câncer de colo do útero é uma das prioridades das políticas de saúde no Brasil. Apesar do fluxo de atendimento apresentar-se estabelecido, fragilidades são observadas na operacionalização. Objetivou-se analisar a percepção de mulheres com lesões de colo do útero acerca do atendimento pelo Sistema Único de Saúde em Goiânia-GO. Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. Dados obtidos através de entrevistas, utilizando-se a técnica de incidente crítico e, pela análise de conteúdo, identificou-se a categoria "O atendimento no SUS". Na percepção das mulheres, o atendimento é permeado por falhas no acolhimento, comunicação, assistência do profissional de saúde, falta de efetividade e pelo desconhecimento do próprio fluxo de atendimento. Evidenciou-se a necessidade de reorientação do atual modelo assistencial de atendimento, com abordagens conscientizadoras, que permitam aos profissionais e aos gestores desenvolverem habilidades de ouvir, acolher e responsabilizar pelo cuidado, a fim de promover a transformação dessa realidade.

Descritores: Neoplasias do colo do útero; Saúde Pública; Percepção; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Cancer of the cervix is one of the priorities of health policies in Brazil. Despite of the flow of care present, themselves established there is weakness in its operations. This study aimed to analyze the perception of women with cervical lesions on the care by the Federal Health System in Goiania-GO. Descriptive study, exploratory qualitative approach. Data were obtained through interviews using the critical incident technique and through content analysis the category was identified. "Care in the SUS (Federal Health System)". In the perception of women, care is permeated by failures in greeting, communication and assistance of health professionals and the failure of effectiveness and ignorance of flow. We evidenced the need for a reorientation of care model offered in

care through approaches awareness, to enable the professional and managers develop listening skills, greeting and responsibility for the care, so there it changes this reality.

Descriptors: Uterine cervical neoplasms; Public Health; Perception; Women's Health

RESUMEN

El cáncer de cuello de útero es una de las prioridades de las políticas de salud en el Brasil. A pesar de que el flujo de atendimientos está establecido, se observa algunas debilidades en su funcionamiento. El objetivo es analizar el parecer que tienen las mujeres con lesiones en el cuello del útero referente a la atención brindada por El Sistema Único de Salud en Goiânia – GO. Es un estudio descriptivo, exploratorio de abordaje cualitativo. Los datos obtenidos a través de entrevista con la utilización de la técnica de incidente crítico por el análisis del contenido, hemos identificado la categoría “La atención en el SUS”. Al parecer de las mujeres, la atención está rodeada de fallas en la acogida, comunicación y asistencia del profesional de la salud y falta de efectividad y desconocimiento del flujo de personas. Evidenciamos la necesidad de una reorientación del modelo asistencial ofrecido en la atención a través de abordajes concientizadores, que permitan al profesional y a los gestores, desarrollar habilidade de oír, de acogimiento y de responsabilidad por el cuidado, para promover la transformación de esa realidad.

Descritores: Neoplasias del Cuello Uterino; Salud Pública; Percepción; Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas integram, atualmente, as principais causas de óbito da população mundial. Para o sexo feminino, o câncer de colo do útero (CCU) se apresenta como importante problema de saúde pública devido às elevadas taxas de incidência e mortalidade, principalmente em regiões de menor desenvolvimento econômico⁽¹⁾.

Embora o CCU seja uma doença com enorme potencial de prevenção e cura, estima-se que, nos países em desenvolvimento, apenas 49% das mulheres que o adquirem sobrevivem além de cinco anos⁽²⁾.

O Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e da Mama-VIVA MULHER (PVM) foi instituído oficialmente pelo Ministério da Saúde (MS) em 1998 e, desde então, estratégias para rastreamento, diagnóstico, tratamento e seguimento do câncer têm adquirido expressão e prioridade nas políticas públicas de saúde⁽³⁻⁵⁾.

O Pacto pela Saúde é uma realidade altamente viável à otimização das práticas nacionais em saúde pública enquanto estratégia para racionalização das ações e serviços desta área, uma vez que norteia suas condutas sobre a equidade social⁽³⁾. Ele visa

produzir mudanças significativas nas normativas do SUS e comporta três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão. Este Pacto estabelece que uma das seis prioridades a serem pactuadas seja exatamente o controle do CCU através de objetivos operacionais, cujas metas para o mesmo, propõem a cobertura de 80% para o exame preventivo e incentivo para a cirurgia de alta frequência com pagamento diferenciado⁽⁴⁾. Também busca a solidariedade na gestão, avança na regionalização, respeita as peculiaridades de cada região e reforça a territorialização da saúde⁽⁵⁾. Mas está diretamente relacionado à transposição de entraves políticos e operacionais inerentes a cada nível de gestão⁽³⁾.

Ainda em 2006 o MS, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), publicou as recomendações para a classificação de laudos citopatológicos e para condutas clínicas a serem observadas frente aos resultados desses exames - a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas. Nessa nomenclatura se encontra o desenho dos possíveis resultados citopatológicos e das possibilidades de encaminhamentos para os diferentes níveis de complexidade. O objetivo é auxiliar os profissionais de saúde, gerentes e gestores, nas condutas a serem aplicadas⁽⁶⁾.

As ações do Programa de Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Goiânia desenvolvidas através do SUS estruturam-se nas Unidades de Atenção Básica de Saúde (UABS) da Estratégia da Saúde da Família e na incorporação organizada dos laboratórios de citopatologia credenciados ou institucionais. Os resultados dos exames citopatológicos liberados pelos laboratórios são encaminhados para as respectivas UABS as quais devem fazer os encaminhamentos para as Unidades de Média Complexidade do Município (UMC) de acordo com as recomendações específicas do Ministério da Saúde para avaliação colposcópica e confirmação histológica. À UMC compete o encaminhamento das pacientes para Unidades de Alta Complexidade (UAC) nos casos confirmados de câncer⁽⁶⁾.

Mas, para que um programa de detecção precoce do câncer de colo do útero obtenha êxito, é fundamental que seja garantido o tratamento de 100% das mulheres que tiveram os resultados alterados no exame citopatológico^(1,2).

Além disso, o seguimento das mulheres rastreadas nos programas de prevenção constitui um elemento fundamental para a efetividade das ações⁽⁷⁾. Este seguimento sistematizado requer procedimentos que conduzam a um diagnóstico completo, tratamento adequado e permita a observação de desfechos favoráveis esperados e desejados como o tratamento e a cura, ou desfavoráveis como a recidiva, a progressão ou mesmo o óbito⁽⁸⁾.

Nesse contexto, o CCU ainda permanece como o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres brasileiras e, de acordo com dados do MS, para 2011, foram previstos 18.680 casos novos para o Brasil (taxa bruta de incidência de 18,47). Destes

1410 foram previstos para a Região Centro Oeste (taxa bruta de incidência: 19,85), sendo 540 para o Estado de Goiás (taxa bruta de incidência: 17,85) e 160 para Goiânia com taxa bruta de 22,41, significativamente mais alta do que a do Estado de Goiás. A Região Centro Oeste juntamente com o Nordeste ocupam a segunda posição mais frequente no Brasil⁽²⁾.

Pesquisadores brasileiros têm demonstrado que as causas que mais contribuem para esse cenário dizem respeito não só aos aspectos epidemiológicos relacionados ao agente etiológico, mas também às condições socio-demográficas, etnográficas e culturais das mulheres, ao método de rastreamento e principalmente às limitações dos serviços de saúde⁽⁹⁻¹¹⁾.

Apesar do município de Goiânia-GO apresentar um fluxograma de atendimento bem estabelecido para a detecção precoce do CCU, observa-se na prática, que a sua operacionalização ainda não é uma realidade satisfatória devido a inúmeros problemas estruturais e gerenciais. Observação confirmada pelos dados do MS⁽²⁾ revelam uma alta incidência de câncer de colo do útero em Goiás e, em especial, no município de Goiânia. Questiona-se porque isso ocorre. Há problemas nos protocolos clínicos de atendimento? Há problemas na hierarquização do atendimento? Qual a importância do atendimento na evasão das mulheres e nas taxas de incidência?

Responder a essas indagações e compreender os fatores que impactam esse atendimento poderá contribuir para avaliar a implementação do programa Viva Mulher e subsidiar a operacionalização do serviço de atendimento à mulher na detecção e tratamento do CCU. Poderá ainda evidenciar lacunas na formação profissional contribuindo para a reordenação da formação tanto nas academias quanto nos programas de educação permanente nos serviços e, por fim, contribuir para o objetivo maior que é a adesão à confirmação diagnóstica e tratamento por parte das mulheres.

Portanto, com vistas à importância da atenção profissional como força transformadora capaz de promover mudanças positivas para prevenção de doenças e, ao mesmo tempo contribuir para a promoção da saúde, este estudo teve por objetivo analisar o atendimento no SUS na percepção de mulheres com lesões precursoras e invasivas do colo do útero acompanhadas pelo programa Viva Mulher em Goiânia.

METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com mulheres portadoras de lesões precursoras e invasivas de colo do útero, que foram atendidas pelo SUS, na Unidade de Média Complexidade (UMC) do município de Goiânia, no período de 2005 a 2006.

Foram acessados os registros de 1109 prontuários de mulheres atendidas na UMC referência para diagnóstico e tratamento. As mulheres foram contactadas por telefone utilizando a ordem de aparecimento na listagem e contemplando aquelas residentes em diferentes setores do município de Goiânia portadoras de diferentes graus de lesões.

À medida que se conseguia contato telefônico com cada mulher e após os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e o seu consentimento em participar, agendava-se a entrevista no local e horário escolhido: suas próprias residências. As entrevistas ocorreram no período de março a dezembro de 2008 de forma sucessiva conforme a disponibilidade das mulheres.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual para a qual se utilizou a técnica do incidente crítico (TIC)⁽¹²⁾ que objetivou captar a experiência dessas mulheres na busca pelo diagnóstico e tratamento. A entrevista foi desencadeada por duas questões norteadoras uma com polaridade negativa: *"Relate uma situação ocorrida com você do momento que recebeu o resultado do exame de prevenção até o final do tratamento que considerou negativa ou muito ruim"* - e outra positiva: *"Relate uma situação ocorrida com você do momento que recebeu o resultado do exame de prevenção até o final do tratamento que considerou positiva ou muito boa"*.

As entrevistas foram iniciadas após os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e aquiescência pela assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido. Foi solicitado às mulheres que tentassem lembrar, a partir da experiência vivenciada, desde o recebimento do exame de prevenção, passando pelos demais exames e tratamentos realizados, todas as situações vivenciadas dentro desse percurso. Foram informadas de que poderiam fazer quantos relatos desejassem e que, por outro lado, detinham total liberdade para não relatar qualquer informação que não quisessem.

As entrevistas foram registradas por uma das pesquisadoras, na presença da entrevistada, à medida do desenvolvimento do diálogo. Ao terminar cada entrevista, fazia-se a leitura dos relatos registrados, para que fossem confirmados ou não pela entrevistada, momento no qual tinham a liberdade de alterar ou acrescentar informações. A duração média das entrevistas foi de 60 minutos e ao término de cada uma, estabelecia-se o acordo de continuar contando com a participação das mesmas, caso fosse necessário complementar ou esclarecer algum dado.

Os conteúdos de cada entrevista foram transcritos no mesmo dia e correspondeu a uma análise prévia quanto a sua caracterização como incidente crítico, uma vez que foram digitados locando as falas em cada um dos três elementos que o compõem: situação, comportamento e consequência e de conformidade com a polaridade, negativa ou positiva, indicada pelo sujeito.

Após as entrevistas de 15 mulheres e a verificação da repetição do conteúdo das experiências relatadas, os dados foram submetidos a apreciação de três pesquisadores com experiência na TIC com o objetivo de validar se cada relato caracterizou-se num incidente crítico e se as falas estavam ordenadas conforme os três elementos que o constituem. Duas entrevistas foram excluídas por não caracterizarem incidente crítico. A leitura criteriosa e coletiva executada por esse grupo e as discussões para a fidedignidade dos incidentes críticos conduziu os avaliadores à compreensão de que havia saturação no conteúdo dos relatos. Nesse momento a percepção de que não havia acréscimos de dados novos e que os existentes eram suficientes para uma análise que levaria ao alcance dos objetivos propostos, as entrevistas foram encerradas. Constituíram, portanto, dados para a análise, o relato de experiências de 13 mulheres entrevistadas.

A interpretação e análise dos dados foram realizadas por meio de várias leituras atentas dos incidentes críticos agrupando os relatos por similaridade^(12,13). O critério de análise foi ancorado na própria definição do incidente crítico, nos elementos contidos nessa definição e considerando os objetivos da investigação⁽¹²⁻¹⁴⁾.

A atenção, portanto concentrou-se não apenas no comportamento das mulheres, mas também nos comportamentos dos profissionais durante o atendimento, que foram revelados pelas entrevistadas e caracterizaram as situações dos incidentes críticos. Nessa perspectiva, um incidente crítico referente a uma situação de atendimento, representou a resposta do profissional a uma demanda de atendimento requerida pela mulher ou a resposta da mulher a uma situação criada pelo atendimento, que somada às consequências relatadas caracterizaram os níveis de exigência crítica para esse atendimento.

Diante disso e considerando os objetivos propostos determinou-se fazer a análise dos incidentes críticos na sua totalidade com uma análise conjunta dos elementos que o compõe: situação, comportamento e consequência.

Para maior compreensão utilizou-se as falas dos sujeitos que representassem melhor a idéia discutida. Essas falas foram ajustadas quanto à regência verbal e ortográfica e identificadas com a letra "S" de sujeito, seguida do número correspondente à sequência das entrevistas.

As 13 mulheres entrevistadas relataram 15 incidentes críticos sendo três incidentes positivos e 12 negativos, numa proporção de um incidente positivo para quatro negativos.

O projeto que deu origem a esta pesquisa atendeu as exigências da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁵⁾ e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob protocolo nº 071/2005.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as leituras atentas das entrevistas e a separação dos relatos por similaridade identificou-se a categoria de análise: O atendimento no SUS da qual emergiram duas subcategorias: Atendimento profissional e fluxo de atendimento.

O atendimento no SUS

Os incidentes críticos revelaram lacunas expressas pelas usuárias quanto ao atendimento profissional e ao fluxo de atendimento que representam fragilidades as quais dificultam o atendimento hierarquizado e humanizado às mulheres.

O SUS tem buscado se estruturar, tanto do ponto de vista organizacional, quanto de recursos humanos⁽³⁻⁶⁾. Um dos grandes desafios é encontrar profissionais com perfil para atuação nesse novo modelo de assistência à saúde. Muitos profissionais que atuam no setor de saúde, certamente passaram (ou não) pela chamada Educação Continuada, na qual a pouca articulação de diversas gerências por um mesmo programa e a compartimentalização por categorias profissionais, não possibilitava a estes, a participação no planejamento dos cursos, o que os transformava muitas vezes em meros expectadores, muitas vezes descomprometidos com o projeto de capacitação, ou mesmo em situação de oposição⁽¹⁶⁾.

O atendimento profissional

Receber o diagnóstico de câncer ou de suas lesões precursoras é um fator que impacta a vida de quem o recebe.

A forma como este diagnóstico é emitido pelo profissional e recebido pela usuária, depende da formação de cada uma e também dos valores e crenças intrínsecos a cada parte e pode determinar o seguimento e acompanhamento do tratamento até a sua resolutividade.

O profissional ao comunicar o diagnóstico deve estar desprovido de qualquer emissão de julgamentos sobre o que determinou o desencadeamento da doença, uma vez que esse comportamento cria barreiras na comunicação que podem interferir na adesão ao tratamento como expresso na fala abaixo:

O jeito que o médico falou sobre o resultado me chocou profundamente. Ele disse que eu tinha uma lesão que podia ser um câncer, e que ele não entendia porque as jovens de hoje se relacionam com "qualquer um" depois eu fiquei pensando no meu problema e achei também que o jeito do médico falar comigo foi muito grosseiro (S1).

A questão da comunicação adquire relevância uma vez que pode interferir no processo diagnóstico-tratamento de várias formas, trazendo conseqüências variadas, como a potencialização do impacto emocional frente ao diagnóstico, a não participação da usuária no tratamento e dificuldades na relação médico-paciente durante o processo

terapêutico. Além disso, a natureza da comunicação pode trazer implicações éticas determinadas pelas ações dos profissionais de saúde em não reconhecer a sua co-responsabilidade em perceber o sujeito e suas necessidades^(9,10).

O impacto emocional também está relacionado com a forma como o profissional comunica o diagnóstico.

A médica me pediu para sentar e disse: Dona M a senhora está com câncer de colo de útero elevado e precisamos correr contra o tempo (S2).

E quando eu fui para a consulta olha só o que o médico me disse: lesão grave. Eu já sabia que tinha alguma coisa porque eu sentia muita dor e tinha sangramento (S9).

É importante que o profissional esteja atento para o fato de que a usuária está com toda a atenção voltada para qualquer tipo de comunicação, seja ela verbal ou não. A atitude não verbalizada tem uma importância muito significativa, uma vez que esse tipo de atitude não é ouvido, mas é sentido e percebido, de tal forma, que também interfere fortemente na relação médico-paciente:

E ele (o médico) nem me examinou (S9).

O médico que me atendeu nem olhou para mim (S10).

Quando ele (o médico) examinou meu resultado eu vi que ele ficou muito sério (S4).

Estudo⁽⁸⁾ sobre o atendimento a mulheres portadoras de lesões cervicouterinas revelou que a preocupação dessas mulheres girava em torno da atenção do profissional, da comunicação médico-paciente e do anseio por um melhor atendimento.

Também é importante o profissional levar em consideração que, por suas próprias características, o diagnóstico do câncer bem como de suas lesões precursoras requerem exames necessários para a confirmação do laudo citopatológico, e isso gera expectativas, incertezas e inseguranças para a mulher. Esse momento requer habilidade e humanismo na comunicação.

Então ela (a médica) me disse que só por aquele exame não poderia confirmar. Por isso eu precisava fazer, o mais rápido possível, os exames que ela estava pedindo (S3).

Ela (a médica) disse que poderia ser um câncer, mas só os novos exames poderiam confirmar ou não (S6).

Neste estudo, observou-se que além das dificuldades ou embaraços ocorridos em função de falhas na comunicação, na maioria das vezes, o profissional não envolveu a usuária como sujeito ativo no processo do seu tratamento e nem mesmo a informa sobre a terapia escolhida:

Quando eu consultei para levar os resultados, o médico disse que os meus exames estavam muito ruins....Quando esse exame ficou pronto eu voltei no médico e ele fez outro tratamento que eu não sei o nome (S7).

Esses dados corroboram com estudos de outros pesquisadores^(8,9), os quais relatam, principalmente, a falta de interação profissional-usuário, falhas na comunicação e na orientação.

O momento em que a mulher encontra o profissional é de singular importância, pois, representa as possibilidades de obter informações relevantes à prevenção e ao tratamento e, é fundamental que a mulher compreenda todo o processo que envolve a terapêutica. Quando esse processo ocorre, tem-se maior adesão ao tratamento⁽⁹⁾.

Observa-se nesses atendimentos que a usuária não é considerada como sujeito ativo e autônomo que tem a oportunidade de falar, questionar ou mesmo expressar uma opinião. Por outro lado, quando a atenção e o comprometimento profissional estão presentes, outras falhas relacionadas ao sistema são minimizadas e até relevadas pelas mulheres:

Aí pra gente compreender melhor, ele (o médico) desenhrou pra nós o grau que estava o meu caso. Eu achei esse médico uma pessoa muito atenciosa. Ele disse então que eu precisava fazer uma cirurgia simples (S5).

Agora toda vez que vou fazer a prevenção eu me lembro da enfermeira que fez o meu primeiro exame. Ela não está mais neste CAIS. Mas eu penso nela como um anjo bom que salvou a minha vida. E peço a Deus que ela seja muito feliz (S6).

Mas o médico foi muito cuidadoso. Ele me disse que ia me examinar e que só depois do exame poderia conversar comigo. Ele me pediu para ficar calma porque mesmo que confirmasse, eu poderia tratar e ficar curada (S10).

A análise da construção social, política e institucional do SUS faz com que o mesmo seja compreendido como um movimento ambíguo, ou seja, apresentando-se ao mesmo tempo, como avanço na universalização e qualificação do acesso, e como conservação de contradições que marcaram o sistema de saúde brasileiro como um dos mais injustos do planeta. O SUS, a um só tempo, é mudança e conservação⁽¹⁶⁾.

A relação entre as políticas públicas estabelecidas, e as mortes de mulheres por câncer de colo do útero, os altos índices de mortalidade por um tipo de câncer que, reconhecidamente, apresenta elevado potencial de prevenção e cura, e com prevenção acessível nos serviços de Atenção Básica em Saúde, fala em favor da persistência dessa situação⁽¹⁷⁾.

Este estudo, por sua vez, também revela traços persistentes dessa ambiguidade, uma vez que o mesmo revelou fragilidades do sistema de saúde marcadas pela relação profissional-usuária no processo de acolhimento e humanização do atendimento, comunicação profissional-usuária e hegemonia médica no diagnóstico e tratamento. Entende-se que aqueles que direta ou indiretamente oferecem atendimento devem ser encorajados à constante reavaliação e reorganização do seu desempenho.

Fluxo de atendimento

Nesta categoria as mulheres revelaram os níveis de exigência crítica necessários para um bom atendimento no SUS relacionados a acessibilidade, formas de encaminhamento, qualidade de informações, estruturação do serviço, tratamento, resolutividade das ações, disponibilidade de medicamentos e credibilidade do sistema de saúde.

O acesso ao sistema deve ser efetivado através das unidades básicas, especialmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), respeitando a área de adscrição da mulher ou, na ausência da ESF na sua região, o agendamento deve ser feito por telefone. Há necessidade de informações corretas para que as mulheres não se locomovam para grandes distâncias. Os relatos abaixo evidenciam aspectos referentes à acessibilidade vivenciada pelas mulheres deste estudo:

Eu fiz o exame de prevenção na Maternidade aqui perto de casa....., Mas tive que esperar o dia que tinha a vaga(S1).

Aí eu consegui uma consulta na Maternidade A, mas para ir até lá eu tive muita dificuldade porque eu moro longe e os ônibus também demoram muito (S13).

Ainda em relação à questão da acessibilidade as mulheres revelaram a existência do atendimento mais rápido mediante pagamento:

Marquei uma consulta no Hospital (conveniado com SUS), pois meu filho mandou o dinheiro para eu pagar a consulta. ... e a minha sobrinha pagou o meu exame(S2).

Mas o hospital só tinha vaga pelo SUS para daí 60 dias (2 meses). Mas se fizesse particular era mais rápido. Quando foi na 2ª feira eu fui de novo ao hospital para saber o preço da cirurgia (60 mil reais). Meus filhos me ajudaram a pagar.

Autores^(9,10) têm demonstrado as dificuldades de acesso apontadas pelas mulheres brasileiras: problemas como a distância, dificuldades para deixar filhos ou parentes, não poder deixar o trabalho, dificuldades financeiras, pouca eficiência do sistema de comunicação entre os serviços de prevenção e as mulheres, além das questões de natureza histórica e cultural, especialmente crenças e valores. Somam-se a isso tudo as deficiências dos serviços prestados.

A regionalização dos serviços prevê as pactuações para o atendimento e isso, inclui a rede particular enquanto conveniada do SUS⁽⁴⁾.

Contudo, por se tratar de um sistema novo e com dificuldades de gestão para articular um fluxo que facilite o seguimento no tratamento dessas mulheres, abre-se uma brecha para os esquemas paralelos de atendimento profissional e institucional que, aproveitam do momento de fragilidade da usuária para propor outras formas de acesso rápido e resolutivo. Isso ocorre de duas formas: pagamento complementar para viabilizar

o atendimento rápido e a migração para a rede particular, só que à margem do SUS envolvendo pagamento total.

Neste estudo, as usuárias S2, S3, S6 e S8 relataram pagamento para a rede conveniada. A usuária S9 teve como porta de entrada o SUS, mas devido à morosidade do sistema foi induzida a completar o seu tratamento na rede particular e o fez mediante o pagamento.

Foram observadas neste estudo as mesmas situações descritas pela literatura^(9,10), quanto à acessibilidade, com exceção da questão de pagamento de exames e do próprio tratamento.

Ressalta-se que o encaminhamento de uma usuária a outro serviço ou profissional não deve encerrar a responsabilidade e o comprometimento do profissional. Esse deve acompanhar o caso por meio do serviço de referência e contra-referência até a sua resolutividade final. Assim, é necessária a interligação de toda a rede de apoio, responsável por esse atendimento.

Durante o seguimento do tratamento destas usuárias, foram relatadas divergências e dificuldades em relação ao processo de agendamento, encaminhamento e acompanhamento:

No dia agendado, quando eu cheguei, o meu nome não estava na lista. Aí eu fiquei "butina"... Então a enfermeira me colocou para ser atendida... (S10).

As falhas no processo burocrático do atendimento não devem ocorrer além das causas justificáveis. Todavia, ocorrem e ainda são potencializadas pelo atendimento desumanizado dos profissionais e contribuem para a desmotivação das mulheres no processo de resolução da sua doença. Os sentimentos que emergem em relação à organização dos serviços, tais como descontentamento e indignação, pela demora do atendimento, tanto no agendamento, quanto na falta de material para realização dos exames, geram desconfiança e descrédito, como descrito nos relatos que se seguem:

Eu que acreditava no SUS, perdi a confiança (S3).

Quando conseguimos a autorização fomos para o Hospital B, mas ficamos perplexos. As pessoas que estavam na porta disseram que o hospital estava sendo processado e que o atendimento estava suspenso pelo Ministério Público. Meu marido e eu não acreditamos. Entramos e conversamos com o guarda e ele confirmou (S5).

Quando chegou o dia da consulta não tinha material para fazer os exames. Aí a recepcionista remarcou para daí dois meses. Então meu marido disse: procura um hospital particular. Vamos dar um jeito de pagar.... Eu fiquei muito decepcionada com o SUS. Quando precisamos é isso aí. O SUS não cumpre o seu papel (S9).

No outro dia cedo eu peguei o papel que a médica me deu, e fui para a unidade de referência como ela indicou.....mas quando cheguei lá a recepcionista disse que eu

oprecisava primeiro ter telefonado porque só estava marcando no final daquele mês, para ser atendida no mês seguinte. Por isso eu não voltei mais lá (S3).

O respeito pelo ser humano requer, além do oferecimento de informações objetivas e corretas, a garantia de que elas sejam compreendidas ou assimiladas pelo usuário. O fluxo bem definido, a capacidade instalada de serviços de acordo com a demanda, o acolhimento e a acessibilidade são fatores essenciais para que o processo de atendimento possibilite ao indivíduo e à coletividade não só a sua entrada no sistema mas também, a finalização de cada uma das ações necessárias para a solução do problema de saúde envolvido.

O desconhecimento, por parte do profissional, sobre o fluxo de atendimento pode ocasionar intercorrências que às vezes retardam o processo do tratamento como no caso de duas usuárias, encaminhadas diretamente para a unidade de alta complexidade, sem confirmação histológica de lesões pela UMC:

Quando ela telefonou e agendou a consulta para a semana seguinte eu compareci no dia marcado. Aí ele (o médico) fez o encaminhamento direto para o Hospital B (UAC) e disse que lá seria mais rápido (S4).

O medico me atendeu no CAIS e disse que ia me encaminhar para o hospital A (UAC) e me deu um papel prá levar o mais rápido possível..... Na UAC, o médico fez o pedido de internação e disse que poderíamos encaminhar tudo no atendimento. A enfermeira disse que eu precisava de autorização do SUS. Já era noite e deixamos para pegar a autorização no dia seguinte. Eu só consegui fazer a cirurgia 4 meses depois (S5).

Observou-se ainda nestes relatos que quando, por alguma razão, o médico não cumpre as etapas previstas pela hierarquização dos serviços, além do fato de sobrecarregar a UAC, com casos previstos para solução na UMC, nem sempre a usuária é atendida mais rapidamente. A usuária (S5) que aguardou quatro meses para ser atendida na UAC, certamente teria um atendimento mais rápido na UMC.

Caracteriza-se assim a importância de se estabelecer e utilizar os protocolos clínicos que normatizam o atendimento e evitam ações desencontradas que dificultam e ou retardam a resolutividade do cuidado. Contudo, não foi possível observar a existência e funcionalidade desses protocolos. Considera-se que outros estudos devem ser desenvolvidos no sentido de avaliar a sua funcionalidade para a melhoria do atendimento e a resolução dos problemas de saúde da mulher.

Outra percepção evidenciada pelas usuárias foi em relação à morosidade do sistema que gerou situações de angústia, preocupações e tristeza durante a espera pelos atendimentos:

Os exames eu consegui pelo SUS, mas tive que esperar o dia que tinha a vaga. Esses exames demoraram muito (S1).

Essa demora no atendimento me trouxe muita angústia e preocupação para a minha família (S3).

Quando eu cheguei lá eles marcaram para o começo do outro mês. Esperei mais de vinte dias. No dia da consulta foi feito só um exame. Eles estavam com problema de material. Então o médico me encaminhou para outro Hospital (S11).

Quando eu fiz o exame de prevenção a enfermeira marcou meu retorno para quando o exame ficasse pronto. Isso levou mais ou menos um mês... Depois da cirurgia ela me pediu pra voltar daí três meses. Quando eu voltei, ela colheu novamente o exame de prevenção e o resultado foi marcado para 30 dias depois (S4).

Apesar da evolução das lesões precursoras serem lentas e, portanto não demandar atendimento urgente, na maioria das vezes, o fato de estar relacionado com a possibilidade de evolução para um câncer, deixa as mulheres em grande ansiedade pelo atendimento e resolutividade do seu problema de saúde. Mesmo quando viabilizado dentro de um tempo razoável de 30 dias, como ocorreu na maioria dos relatos, foi percebido por essas usuárias como morosidade do serviço.

Essa ansiedade poderia ser minimizada com um atendimento humanizado, que envolvesse a compreensão dos sentimentos destas mulheres e por meio de informações consistentes sobre a doença, fluxo de atendimento e duração do tratamento em todas as suas fases.

O MS/INCA⁽⁶⁾ recomenda que mulheres com Atipias de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) devem repetir o exame citopatológico após seis meses. Se dois resultados subsequentes de dois exames citopatológicos na UBS forem negativos, a paciente deverá retornar para a rotina de rastreamento citológico. Mas se o resultado de repetição confirmar o laudo citopatológico ou for superior ao mesmo, a paciente deverá ser encaminhada para a UMC para colposcopia imediata. Se o exame colposcópico apresentar lesão é recomendada a biopsia e condutas específicas a partir do laudo histopatológico.

Os casos de Atipias de significado indeterminado não podendo excluir lesão de alto grau (ASC H), os sugestivos de carcinoma e adenocarcinoma invasor devem ser encaminhados à UMC para realização de colposcopia e confirmação histológica. As Lesões intraepiteliais de alto grau (HSIL) deverão ser tratadas na UMC através de métodos específicos (excisionais ou não). Os carcinomas e adenocarcinomas deverão ser encaminhados para a UAC⁽⁶⁾.

O quadro 1 demonstra o fluxo de atendimento e a resolutividade para as mulheres desse estudo.

Quadro 1- Atendimento das usuárias segundo os serviços de atenção, resultados citopatológicos e resolatividade. Goiânia, Goiás, 2005/2006

Sujeitos	Serviços de atenção a saúde		
	Unidade de baixa complexidade (Consulta, diagnóstico e encaminhamento)	Unidade de média complexidade (Confirmação diagnóstica, tratamento e/ou encaminhamento)	Unidade de alta complexidade (Tratamento)
S1	LSIL	COA, BP: NIC II -	Excisão
S2	Ca invasor	-	Histerectomia
S3	HSIL	Saiu do sistema	
S4	HSIL	-	COA, BP: NIC II - Excisão
S5	ASC- H	-	COA, BP: NIC II - Excisão
S6	HSIL	COA, BP: Ca invasor	Excisão
S7	ASC US	COA: BP: NIC II. Excisão	
S8	LSIL	- Saiu do sistema	
S9	HSIL	- Saiu do sistema	
S10	HSIL	COA, BP: NICII Tratamento: Excisão	
S11	Atipias de células glandulares	CON, RUO	
S12	HSIL	CON, RUO	
S13	HSIL	CON, RUO	

COA: Colposcopia anormal; CON: Colposcopia normal; BP: Biópsia; RUO: Retorno à Unidade de origem; LSIL: Lesão intraepitelial de baixo grau; HSIL: Lesão intraepitelial de alto grau; NIC II: Neoplasia intraepitelial cervical grau II; ASC- H: Atipia de significado indeterminado não podendo excluir lesão de alto grau.

As mulheres receberam os resultados do exame citopatológico nas Unidades de Atenção Básica e tiveram os seguintes encaminhamentos: S1 após repetir o exame citopatológico foi encaminhada para a UMC onde recebeu tratamento adequado. S2 com resultado citopatológico de carcinoma invasor recebeu encaminhamento direto para a UAC o que é previsto pelo MS após confirmação histológica na UMC (salvo melhor juízo clínico)⁽⁶⁾. As pacientes S3, S8 e S9: deixaram o sistema em virtude das dificuldades encontradas. S4 com laudo citopatológico de lesão de alto grau foi encaminhada diretamente para a UAC. Entretanto, de acordo com as recomendações do MS deveria ter esse resultado confirmado e tratado na UMC. A usuária S5 com resultado de atipia de significado indeterminado, não sendo possível excluir lesão de alto grau, foi também encaminhada diretamente para a UAC. De acordo com as recomendações do MS⁽⁶⁾ deveria ser encaminhada para a UMC para colposcopia e confirmação histológica, e só encaminhada para a UAC caso o resultado histológico confirmasse uma lesão mais grave.

O oooAs usuárias S1, S2, S6, S7, S10, S11, S12 e S13 receberam tratamento em consonância com as condutas recomendadas pelo MS.

Embora o tratamento das lesões seja predominantemente cirúrgico, envolve uso de medicação auxiliar e/ou complementar. A assistência farmacêutica no SUS é destinada a disponibilizar medicamentos para apoiar as ações da saúde que demanda a comunidade, e que devem ser efetivados através da entrega hábil e oportuna dos medicamentos na rede hierarquizada, garantindo os critérios de qualidade na farmacoterapia e o acesso do usuário⁽¹⁹⁾.

Conforme os relatos, as mulheres deste estudo não tiveram acesso aos medicamentos pelo SUS:

Os remédios, eu sempre tive que pagar porque nunca encontrei nas farmácias do SUS. E esses remédios são muito caros (S1).

Precisava comprar os remédios. Mas não tinha o dinheiro. Minha mãe comprava para mim (S4).

A internação e a cirurgia foram feitas pelo SUS, mas os remédios eu tive que comprar todos (S5).

Depois que eu fui atendida e que fiz os exames nesse hospital eu precisei comprar os remédios porque nas farmácias do SUS não encontrei (S11).

As normas vigentes⁽¹⁹⁾ estabelecem que todos os medicamentos para o tratamento de câncer, inclusive aqueles de uso oral, devem ser fornecidos pelo estabelecimento de Saúde (Clínica ou Hospital) público ou privado, cadastrado no SUS para atendimento deste tipo de doença.

É importante salientar que embora a Resolução Nº 338 do Conselho Nacional de Saúde que aprovou a mais recente Política Nacional de Assistência Farmacêutica tenha entrado em vigor em maio de 2004, somente a partir do segundo semestre de 2005 é que se iniciou a implantação da assistência farmacêutica pelo SUS⁽²⁰⁾, que certamente, não contemplou as mulheres deste estudo.

As normas e diretrizes elaboradas e aprovadas pelo MS e representadas por importantes movimentos de gestão, principalmente, pelo Pacto de Gestão⁽⁵⁾ e seus desdobramentos trouxeram novas perspectivas para a questão dos medicamentos no Brasil.

Contudo, a assistência farmacêutica tem enfrentado desafios e obstáculos a serem vencidos para que sejam assegurados não só a equidade, mas também o direito à saúde e o acesso aos medicamentos no sistema de saúde.

No âmbito do SUS, a questão do medicamento tem sido alvo de inúmeras polêmicas nos últimos anos, tendo em vista as demandas judiciais por medicamentos não

relacionados nos protocolos farmacológicos nacionais e estaduais, bem como medicamentos sem registros na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Apesar das usuárias não conseguirem os medicamentos pelo SUS, as que tiveram acesso aos serviços e superaram as dificuldades vivenciadas durante o tratamento tiveram seus casos resolvidos e são, atualmente, acompanhadas pelas Unidades Básicas.

Após 120 dias da cirurgia, fui ao médico e ele deu o resultado do exame do material que tinha tirado durante a cirurgia e disse: Isso só pode ser milagre de Deus porque seus exames estão tudo ok. Não deram nada (S2).

O resultado do exame de prevenção deu negativo. Eu fiz de seis em seis meses e agora estou fazendo de ano em ano (S4).

Quando eu voltei, o médico disse que o meu colo estava bom. E que eu precisava fazer o exame de seis em seis meses. E eu já estou fazendo agora de ano em ano (S13).

Os resultados desta pesquisa, representados pela percepção das mulheres estudadas, revela que as mesmas encontraram dificuldades para o acesso ao atendimento. Enfrentaram problemas em virtude de falhas na comunicação no momento do agendamento, no momento da consulta, e durante todo o tratamento, ou seja, em todos os níveis do atendimento. Aquelas que conseguiram suportar as dificuldades durante o atendimento tiveram seus casos resolvidos.

Mas por outro lado, as falhas de comunicação entre o programa de prevenção e as usuárias, assim como intercorrências no decorrer de atendimento, dificultaram a utilização dos serviços e originaram tensões cujas conseqüências levaram três mulheres a abandonarem o sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção de mulheres com lesões precursoras e invasivas do colo do útero sobre o atendimento que receberam no SUS, evidenciada pelos relatos, mostrou que apesar do programa de prevenção de câncer de colo do útero em Goiânia-GO estar estruturado quanto ao fluxo de atendimento, ainda representa grandes desafios no sentido de proporcionar maior efetividade. As falhas explicitadas foram relacionadas ao atendimento profissional e à efetividade do atendimento.

O atendimento profissional evidenciou que a relação profissional/ usuária ainda é centrado no modelo biomédico que desconsidera o contexto de vida das mulheres, suas necessidades e fragilidades. Mostra que competências sobre acolhimento, vínculo e responsabilização pelo cuidado precisam ser construídas, juntamente com o desenvolvimento da habilidade de ouvir e conferir voz e maior autonomia à usuária.

Os resultados mostram ainda um atendimento permeado por desencontros de informações e desconhecimento da dinâmica do trabalho. Essa situação é agravada pela

inadequada gestão do sistema em planejar uma rede de serviços compatível com a demanda, em estabelecer protocolos gerenciais e clínicos operacionais e em prover recursos materiais necessários ao diagnóstico e tratamento em tempo hábil.

Os dados apontam para a necessidade de um atendimento mais pró-ativo dos profissionais e do serviço que seja potencializado com o protagonismo das mulheres e de suas famílias num contexto biopsicossocial.

O enfrentamento desses desafios perpassa pelas questões organizacionais, gerenciais e de recursos humanos que requerem qualificação. Esta deve ser empreendida no sentido da reorientação do modelo assistencial e com abordagens inovadoras que levem a conscientização profissional e a transformação da realidade desse SUS que tem dado certo, mas que ainda apresenta nós críticos que precisam ser resolvidos para chegarmos ao SUS que sonhamos e que cotidianamente vem sendo construído por aqueles que nele acreditam.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010/2011: Incidência de Câncer no Brasil. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009.
3. Fadel CB, Schneider L, Moimaz SAS, Saliba NA. Administração Pública: o pacto pela saúde como nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. Rev. adm. Pública. 2009;43(2):445-456.
4. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS). Pacto pela Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM/399.htm> 21(2)99-14
5. Machado RR, Costa E, Erdmann AL, Albuquerque GL, Ortiga MBO. Entendendo o Pacto pela saúde na gestão do SUS e sua implementação. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [cited 2010 mar 25];11(1):181-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>
6. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. Rev. Bras. Ginecol. Obst. 2006;28(8):486-504.
7. Zola P, Brown ML, Riley GF, Scusler N, Etzione R. Follow-up Strategies in Gynecological Oncology: Searching Appropriateness. Int. J. Gynecol. Cancer. 2007;17(6):1186-93.

8. Zapka JG, Taplin SH, Solberg LI, Manos MM. A framework for improving the quality of cancer care of breast and cervical cancer screening. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 2003;12(1):4-13.
9. Greenwood SA, Machado MFAS, Sampaio NMV. Motivos que levam as mulheres a não retornarem para receber o resultado do exame Papanicolau. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006;14(4):503-9.
10. Cruz LMB, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer de colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc.* 2008;17(2):120-31.
11. Martins LFL, Valente JG, Thuler LCS. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. *Rev. Saúde Pública.* 2009;43(2):318-325.
12. Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. *Arq. Bras. Psicol. Apl.* 1973;25(2):99-141.
13. Dela Coleta JA, Dela Coleta MF. A Técnica dos Incidentes Críticos: 30 anos de Utilização no Brasil na Psicologia, Administração, Saúde e Educação. São Paulo: Cabral Editoria e Livraria Universitária, 2004.
14. Estrela MT, Estrela A. A técnica dos incidentes críticos no ensino. Lisboa: Editorial Estampa, 1994.
15. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.
16. Vincent SP. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2007;53(1):79-85.
17. Pasche DF. Paradoxos das políticas de descentralização da saúde no Brasil. *Rev. Panam. Salud Pública.* 2006;20(6):416-422.
18. Villa MCE, Pereira WR. As políticas públicas e a atenção ao câncer do colo do útero no Estado do Mato Grosso – uma abordagem crítica. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2009 [cited 2011 may 10];11(4):1037-42. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a31.htm>.
19. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Aquisição de Medicamentos para a Assistência Farmacêutica no SUS. Orientações Básicas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.
20. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004 - Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

uma nova perspectiva para a vida. Sentimentos de desespero, vergonha, discriminação, impotência e medo da morte fizeram parte do processo de enfrentamento da doença e do tratamento. Apoio familiar e religiosidade se apresentaram como ferramentas importantes nesse processo do adoecer e buscar a cura da doença. Observou-se o relato de situações que caracterizaram mudanças na postura diante da vida, tais como o rompimento de relações, reconstrução de vínculos familiares, aprimoramento das relações interpessoais e incorporação de novos comportamentos. Entretanto, a “via crucis” percorrida pelas mulheres demonstrou que o programa de prevenção do câncer cervicouterino requer ainda a integralidade do tratamento, com equipes multiprofissionais trabalhando à luz do modelo biopsicossocial.

ABSTRACT

This study analysed the psychosocial aspects that involve women with invasive bruises of uterine cervix in Goiânia/GO, from the categorization of critic events representative of the same in the health system: facing the disease and the new persperctive for life. Fellings of despair, shame, discrimination, impotence and fear of death make part of facing the disease and treatment. Familiar support and religiosity appears as imortant tools in the process of getting sick a seek for the cure of the disease. Observed the relates of situations that shows behaviour changes, like breaking relationships, reconstruction of familiar ties, increase of interperssoal relationships and the incorporation of new behaviours. However, the via crucis covered by the women demonstrated that the cervix cancer prevention program still demands treatment integrity, with multiprofessional teams working according to a biopsycosocial model.

RESUMEN

Este estudio examinó los aspectos psicosociales en mujeres con lesiones precursoras y cáncer de cuello uterino invasivo en Goiânia-GO, a partir de la categorización de los eventos críticos de los mismos en el contexto del sistema de atención de la salud: frente a la enfermedad y una nueva perspectiva a la vida. Sentimientos de desesperanza, vergüenza, la discriminación, la impotencia y el miedo de la muerte fueron parte del proceso de afrontamiento de la enfermedad y el tratamiento. Apoyo a la familia y la religiosidad se presentan como herramientas importantes en el proceso de enfermar y de tratar de curar la enfermedad. Había una cuenta de situaciones que han caracterizado los cambios en la actitud ante la vida, tales

como las relaciones rotas, la reconstrucción de las relaciones familiares, la mejora de las relaciones interpersonales y la incorporación de nuevos comportamientos. Sin embargo, el "Via Crucis" demostró que las mujeres cubiertas por el programa para prevenir el cáncer de cuello uterino sigue siendo necesario el tratamiento completo, con equipos multidisciplinares de trabajo a la luz del modelo biopsicosocial.

INTRODUÇÃO

A percepção social do câncer, geralmente, reflete a associação do mesmo com uma doença fatal, vergonhosa e comumente considerada como sinônimo de morte, marginalizando o paciente e cultivando sentimentos pessimistas em relação mesmo¹.

Atualmente, em virtude da evolução técnico-científica, muitos tipos de câncer podem ser prevenidos ou curados. No entanto, mesmo com as crescentes possibilidades terapêuticas - cada vez mais eficazes - o câncer do colo uterino continua sendo uma das doenças mais temíveis, pois, além dos aspectos como dor e mutilações, ele provoca um forte impacto psicológico, resultando em sentimentos de várias intensidades e naturezas, tais como o medo, dúvidas, angústia, ansiedade, entre outros².

Diante disso a assistência ao paciente oncológico apresenta considerável complexidade, sendo imprescindível o envolvimento e a consideração de múltiplos fatores, como os psicológicos, sociais, culturais, familiares, espirituais e econômicos, assim como os preconceitos e tabus existentes durante todo o percurso da doença, a partir do momento da confirmação diagnóstica^{3, 4, 5, 6}.

No Brasil, ao longo dos últimos anos, o Ministério da Saúde tem envidado esforços no sentido de ampliar a cobertura, estabelecer normas operacionais, políticas de atenção oncológica e viabilizar recursos. Entretanto, em nosso país, ainda é muito alto o índice de mortalidade por esse tipo de câncer. Para a Região Centro Oeste os dados oficiais apontam para 1410 casos novos com taxa bruta de 19,85; para o Estado de Goiás 540 casos novos com taxa bruta de 17,58; para Goiânia 160 casos novos e taxa bruta de 22, 41⁷. Acredita-se que esta alta incidência esteja relacionada à gestão do atendimento a essas mulheres e também a fatores psicossociais que interferem na busca de ações preventivas⁴⁻⁶.

Pesquisadores brasileiros têm analisado as razões para esse quadro focalizando-o, especialmente sob dois aspectos: fatores relativos ao programa de prevenção e fatores relativos às mulheres brasileiras⁸⁻⁹.

No primeiro discute-se que um programa organizado deve assegurar a inclusão da população alvo, priorizando as faixas etárias previstas, periodicidade do teste de rastreamento, qualidade da análise citopatológica, rapidez nos resultados, definição das anormalidades, atenção profissional, integralidade do tratamento e seguimento das mulheres, assim como mecanismos para avaliação das ações realizadas⁷⁻⁹. As pesquisas, entretanto, apontam para

um programa oportunístico no qual se realiza um grande número de exames citopatológicos sem fins preventivos⁹⁻¹⁰.

Por outro lado, estudos têm demonstrado que as condições de vida, a cultura acumulada sobre saúde, especialmente, ligada às crenças e valores, aliadas ao conhecimento limitado sobre prevenção de doenças, são fatores que, potencializados pelas limitações dos serviços, concorrem para a evasão das mulheres dificultando a prevenção e o controle deste tipo de câncer em nosso país⁴⁻⁶.

Esse diagnóstico, somado aos impactos familiares e às dificuldades encontradas no tratamento, conduz as usuárias a situações de desequilíbrio socioeconômico e psicológico que interferem na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, na recuperação da saúde, na qualidade de vida e no controle desse tipo de câncer.

A valorização dos conhecimentos, das crenças e valores dos indivíduos, entendidas de uma forma heterogênea, é fundamental na reorientação dos serviços de saúde¹¹.

Assim sendo faz-se necessário verticalizar a reflexão sobre os aspectos psicossociais, que envolvem o diagnóstico e tratamento do câncer de colo do útero. Objetivou-se com o presente estudo, analisar os aspectos psicossociais que envolvem a confirmação diagnóstica e o tratamento de mulheres com lesões precursoras e invasivas do colo do útero em Goiânia-GO.

METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com mulheres portadoras de lesões precursoras ou invasivas de colo do útero atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que foram encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde para a Unidade de Média Complexidade (UMC) do município de Goiânia, no período de 2005 a 2006.

Foram acessados os prontuários dessas mulheres atendidas na UMC - referência para diagnóstico e tratamento. A partir dessas informações as mulheres foram contactadas por telefone, utilizando a ordem de aparecimento na listagem construída para essa finalidade, contemplando, sequencialmente, aquelas residentes em diferentes setores do município de Goiânia e portadoras de diferentes graus de lesões.

À medida que se conseguia contato telefônico com cada mulher, agendava-se a entrevista no local e horário escolhido por elas, que foram suas próprias residências.

As entrevistas ocorreram no período de março a dezembro de 2008 de forma sucessiva conforme a disponibilidade das mulheres.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual para a qual se utilizou a técnica do incidente crítico (TIC)¹² que objetivou compreender a experiência dessas mulheres na busca pelo diagnóstico e tratamento. Na entrevista foi solicitado às mulheres que tentassem relembrar, a partir da experiência, desde o recebimento do exame de prevenção, passando pelos demais exames e tratamentos realizados, todas as situações vivenciadas dentro desse percurso. Após isso apresentou-se a seguinte questão: *Relate uma situação ocorrida com você do momento que recebeu o resultado do exame de prevenção até o final do tratamento que considerou negativa ou muito ruim*”. A mesma questão foi repetida substituindo apenas a polaridade, uma situação que considerou positiva ou muito boa.

As entrevistas foram registradas por uma das pesquisadoras, na presença da entrevistada, à medida do desenvolvimento do diálogo. Ao terminar cada entrevista, fazia-se a leitura dos relatos registrados, para que fossem confirmados ou não pela entrevistada, momento no qual tinham a liberdade de alterar ou acrescentar informações. A duração média das entrevistas foi de 60 minutos e, ao término de cada uma, estabelecia-se o acordo de continuar contando com a participação das mesmas, caso fosse necessário complementar ou esclarecer algum dado.

Os relatos de cada caso foram digitados locando as falas em cada um dos três elementos que o compõem o incidente crítico: situação, comportamento e consequência e de conformidade com a polaridade, negativa ou positiva, indicada pelo sujeito. Esta etapa correspondeu a uma análise prévia quanto a sua caracterização como incidente crítico.

Após as entrevistas de 15 mulheres, das quais 03 tentaram iniciar o tratamento, mas se evadiram do sistema, verificou-se a repetição do conteúdo das experiências relatadas. Os dados foram submetidos à apreciação de três pesquisadores com experiência na TIC, com o objetivo de validar se, de fato, cada relato caracterizou-se num incidente crítico e se as falas estavam ordenadas conforme os três elementos que o constituem.

Duas entrevistas foram excluídas por não caracterizarem incidente crítico. A leitura criteriosa e coletiva executada por esse grupo e as discussões para a fidedignidade dos incidentes críticos conduziu os avaliadores à compreensão de que havia saturação no conteúdo dos relatos. Nesse momento a percepção de que não havia acréscimos de dados novos e que os existentes eram suficientes para uma análise que levaria ao alcance dos

objetivos propostos, as entrevistas foram encerradas ¹³. Constituíram, portanto, dados para a análise, o relato de experiências de 13 mulheres entrevistadas.

A interpretação e análise dos dados foram realizadas por meio de várias leituras atentas dos incidentes críticos agrupando os relatos por similaridade ⁽¹²⁾. O critério de análise foi ancorado na própria definição do incidente crítico, nos elementos contidos nessa definição e nos objetivos da investigação ⁽¹²⁾. Considerando os objetivos propostos determinou-se fazer a análise dos incidentes críticos na sua totalidade com uma análise conjunta dos elementos que o compõe: situação, comportamento e consequência.

Para maior compreensão utilizou-se as falas dos sujeitos que representassem melhor a idéia discutida. Essas falas foram ajustadas quanto à regência verbal e ortográfica e identificadas com a letra “S” de sujeito, seguida do número correspondente à sequência das entrevistas.

O projeto que deu origem a esta pesquisa atendeu as exigências da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde ¹⁴ e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob protocolo nº 071/2005.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres entrevistadas relataram 03 incidentes críticos positivos e 12 incidentes críticos negativos, estabelecendo uma relação de um incidente positivo para quatro negativos.

A leitura cuidadosa e repetida das entrevistas e a separação dos relatos por similaridade proporcionaram a identificação de 02 categorias de análise: O enfrentamento da doença e Uma nova perspectiva para a vida.

O enfrentamento da doença

O surgimento de uma doença representa um desequilíbrio na vida do ser humano e esse pode ser superdimensionado pelo tipo de doença com suas perspectivas de cura ou não. Enfrentar esse desequilíbrio depende de fatores intrínsecos e extrínsecos ao ser humano.

Diversos autores têm demonstrado que o diagnóstico do câncer acarreta um grande impacto emocional potencializado pelas representações sociais como o medo da morte e das mutilações que desencadeiam vários tipos de reações psicoemocionais como o desespero, a

dor (física e emocional), a tensão emocional, o sentimento de impotência, vergonha e discriminação. Mas, também abordam a importância do apoio familiar e da religiosidade no enfrentamento da doença e do tratamento¹⁵⁻²⁰. Neste estudo as situações de desespero, dor e tensão emocional foram reveladas pelas mulheres conforme as falas que se seguem:

S2: Senti muita tristeza, me deu um desespero e eu chorava feito uma doida por pensar que passaria por tudo aquilo.

S5: Eu fui para casa completamente em pânico, uma angustia muito grande e fiquei completamente descompensada. Eu pensava que estava com câncer. Se não era, então porque “aquele” hospital?

S7: O pior foi quando ele (o médico) disse que eu podia ter um câncer. Meu estômago embrulhou e eu senti náuseas.

S8: Foi muito difícil, para mim, esperar essa consulta. Parecia que o tempo não passava. Eu sentia muita dor e mal estar.

S12: Quando terminou a consulta, fui para casa e chorei o resto do dia...

As dores físicas e emocionais configuram fatores intrínsecos que requerem maneiras diversas de enfrentamento. A primeira depende de tratamento e a segunda de apoio psicoemocional.

A dor tem sido discutida em estudos que a relataram como a principal dificuldade apontada pelas mulheres e que as doenças que levam ao sentimento de proximidade da morte trazem em si a presença de muita dor.^{16,19}

Embora o medo da morte seja inerente ao ser humano, ele se exacerba nos momentos em que se sente ameaçado, especialmente, por doenças como o câncer.

Nos relatos das mulheres deste estudo evidenciou-se não só o medo da morte, mas principalmente, a preocupação com a consequência da mesma sobre a família, especialmente, sobre o futuro dos filhos.

S1: De tudo o que aconteceu o pior foi o medo só de pensar que eu poderia morrer de câncer.

S2: Fui à casa do meu pai e contei que faria uma cirurgia grave, estava com câncer e fui para despedir, pois poderia não voltar mais.

S8: Aí nessa hora eu desabei. A primeira coisa que eu pensei foi nos meus filhos. O que ia acontecer com eles se eu morresse.

Por outro lado, a antecipação do sofrimento causado pela doença e pelo tratamento leva até mesmo ao desejo de morrer.

S11: Só que eu estava muito chateada com essa doença. Sentia muita angústia, muita tristeza. Achava melhor morrer de vez.

Considerando o adoecer em face ao câncer cervical, estudiosos observaram que ouvir a notícia de estar com câncer representa uma situação ameaçadora e o impacto é devastador, notadamente, por trazer a idéia de morte.¹⁵

As alterações das atividades rotineiras e as restrições de muitas delas ocasionadas pelo tratamento demonstram outra dimensão do sofrimento vivenciado pelas mulheres, ou seja, o sentimento de impotência diante de uma situação limitadora, conforme a fala que se segue:

S6: O mais difícil foi à sensação de não poder fazer nada diante da doença e ficar totalmente dependendo das pessoas.

As limitações impostas pelo tratamento modificam a rotina dessas mulheres, uma vez que as exclui do papel social que desempenham. O fato de não poderem realizar suas atividades domésticas causa profundo sentimento de impotência²⁰.

Comumente, a mulher desempenha na família um papel de cuidadora de seus membros, mas por ocasião do adoecimento, há um processo inverso e ela necessita adaptar-se a sua nova condição, pois, normalmente passa a ser cuidada²⁰.

Por outro lado, a vergonha também faz parte do complexo sistema de sentimentos vivenciados pelas mulheres com CCU e encontra-se fortemente relacionada ao comportamento sexual¹⁹. Neste estudo a presença do outro, como testemunha da situação e como possível “juiz”, revelou-se como determinante de sentimentos de vergonha e também de autodiscriminação:

S1: Mas eu senti vergonha, muita vergonha da minha mãe e de alguns amigos e parentes. Eu deixei de ser aquela jovem considerada bonita e amada para ser alguém que tinha uma doença sexual e ainda mais um câncer.

A vergonha é um sentimento da maior importância tanto para se entender o ser humano de forma geral, quanto para compreender seu juízo e comportamento ²¹.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas não só de natureza material, mas também de natureza psicoemocional as mulheres deste estudo revelaram sentimentos de solidariedade pelas usuárias que vivenciavam as mesmas situações.

S5:... mas eu sofri também pelo sofrimento das outras.

S9:... por outro lado eu fico preocupada com as outras mulheres que não conseguem tratar.

A solidariedade é, comumente, definida como um sentimento que leva os seres humanos a se auxiliarem mutuamente, partilhando a dor com o outro ou se propondo a agir para atenuá-la. Entretanto, a solidariedade pode encontrar vários significados no contexto social. A idéia de solidariedade que perpassa as políticas sociais nos diferentes modelos de estados de bem estar se dá em vários níveis e vão desde a noção contratualista, onde a solidariedade se dá apenas na relação contratual, individual até os modelos mais universalistas que exigem uma recorrência mais forte à solidariedade ²².

Por outro lado, a vontade de sobreviver induz as mulheres a enfrentar uma árdua batalha que vai desde os encaminhamentos prévios até as cirurgias e períodos de tratamentos invasivos e prolongados, superando, entre outras dificuldades, a falta de informações, morosidade no atendimento e falhas na atenção profissional conforme as falas que se seguem:

S3: No outro dia cedo eu peguei o papel que ela me deu, e fui lá ao local que ela (a médica) indicou.

S5: No dia seguinte mesmo sentindo muito mal, eu fui levar o papel sem falar nada com ninguém da minha família.

S6: Eu fiquei mais nervosa ainda porque eu não gosto de ficar na dúvida. Tudo pra mim é Sim. Sim. Não. Não. No dia do exame marcado eu fui muito cedo para a Unidade de Saúde.

S12: Não falei nada com ninguém de casa. Continuei ruim, mas dois dias depois eu fui marcar a consulta.

S13: No dia dessa cirurgia eu já “tava” disposta a enfrentar tudo.

O enfrentamento demonstra a capacidade da pessoa para resolver de imediato os problemas surgidos inesperadamente em suas vidas, muitos dos quais contrariam seus objetivos, como é o caso do CCU, e exige novas formas de comportamento¹⁵.

Neste estudo os sentimentos de desespero, dor, vergonha, discriminação, impotência e medo da morte fizeram parte de todo o processo de enfrentamento da doença e do tratamento. No entanto, o apoio familiar, assim como a religiosidade, se apresentaram como ferramentas importantes nesse processo do adoecer e buscar a cura da doença.

O apoio familiar ou a falta do mesmo foram relatados pelas mulheres nas seguintes falas:

S3: Durante o tempo que eu estava nessa batalha, meus irmãos me ajudaram muito. Aí eu senti que eu ainda tinha uma família.

S5: No dia da consulta (03 meses depois), ele (o esposo) foi junto comigo. Ainda nessa noite eu e meu esposo reunimos a família para falar sobre a situação e a necessidade da cirurgia.

S6: Quando meus filhos chegaram do trabalho eu expliquei prá eles. E eles, me ajudaram pagar a cirurgia...

S10: Minha mãe me ajudou a sentar e me deu água com açúcar. Quando saímos lá fora, eu chorei. Chorei muito. Ela me abraçou e chorou também.

A presença e o apoio da família confortam, animam e fortalecem as disposições para enfrentar a doença e o tratamento. Contudo, em algumas situações as atitudes de familiares levam a rompimentos que numa sinergia com todos os aspectos psicossociais advindos da doença representam barreiras para o seu enfrentamento.

S2: Meu filho mandou dinheiro para eu fazer os exames. Mas, meu marido disse que estava com falta de ar, muito pior do que eu e pegou o dinheiro e marcou uma consulta pra ele. O exame dele não deu nada.

S6: A primeira coisa que chamou minha atenção foi a indiferença do meu marido. Ele achava que eu estava exagerando tudo e que chorava demais. Sabe o que é “não erguer uma palha?”

Estudos, na área de psiconcologia, têm demonstrado a importância do suporte familiar para os pacientes e tem revelado ser o mesmo um dos cuidados indispensáveis para o doente com câncer^{16,20}.

Em um desses estudos as mulheres revelaram que o suporte familiar foi de suma importância para que elas tomassem as decisões e não desistissem de viver. Observou-se que 100% das mulheres estudadas revelaram que a família é o principal suporte para enfrentar essa doença. Por outro lado, os mesmos autores verificaram que 75% das mulheres verbalizaram que a falta de coesão familiar repercutiu na dificuldade de se estabelecer e de manter estratégias de enfrentamento da doença¹⁶.

A confirmação do diagnóstico leva o doente e a família a questionarem sobre possíveis decisões, abalizando a viabilidade das mesmas, no sentido de minorar o sofrimento de todos, em especial de quem vivencia a doença. Mas na maioria das vezes surgem dificuldades no estabelecimento de ações concordantes gerando conflitos¹⁶. Diante disso o movimento de construção de estratégias de enfrentamento pode ser afetado tanto por parte do familiar, quanto por parte do doente.

Todo ser humano precisa de relações afetivas, principalmente em situações estressantes, para que dessa forma melhore a sua qualidade de vida biopsicossocial e contribua com as suas estratégias de enfrentamento¹⁷. A família e o paciente poderão se beneficiar de uma crise representada pelo aparecimento do câncer e iminência da morte ou até mesmo da morte real, se permitirem que os efeitos conjuntos dos processos individuais, familiares e sociais promovam a reestruturação de seu equilíbrio e a elaboração do fenômeno de resiliência¹⁸.

Por outro lado, as adversidades da vida evocam o lado místico e ou religioso do ser humano trazendo à tona, tanto os sentimentos de culpa e pecado, quanto a crença em um Ser superior capaz de prover às suas necessidades, revertendo a situação de doença em saúde e bem estar.

S2: ... sentamos (minha filha e eu) embaixo de uma árvore e eu comecei a falar com Deus: “Se é por ausência de perdão me mostra. Não quero ter nada contra ninguém”.

S5: Mas eu não aguentei toda aquela angústia sozinha e pedi a Deus para me dar força, e quando eu fui internada senti que Deus estava me carregando e foi Ele quem me curou...

S12: Quando eu cheguei em casa eu rezei e pedi a Deus prá me curar e prometi que daquele dia em diante eu ia ajudar as pessoas mais pobres do que eu.

A religiosidade tem sido descrita como fonte de suporte e conforto para os indivíduos, durante o período de sofrimento por lhes propiciar a serenidade para enfrentar as adversidades da doença. Trata-se de um suporte espiritual usado frequentemente entre pacientes com câncer ou doenças graves. A fé, como grande colaboradora nas formas de enfrentamento, surge como uma estratégia que lida com as incertezas e supera as situações de crise¹⁵⁻¹⁶

Estudos recentes em diferentes áreas do conhecimento, incluindo a Neurociência, têm abordado a religiosidade correlacionando-a com a influência da mesma sobre a saúde humana²³⁻²⁵.

Estudo mostrou que quanto mais forte a religiosidade e a crença, menor era a resposta do córtex cingulado do cérebro ao erro, indicando que a crença religiosa protege contra a ansiedade, o que ajuda as pessoas a saberem como agir, e com isso reduz a incerteza e o stress²³.

Analisando os efeitos da fé sobre o cérebro e a vida das pessoas, pesquisadores observaram que durante as atividades de meditação e oração o lobo frontal fica mais ativo. A maior atividade do lobo frontal além de melhorar a memória, também estaria ligada a diminuição da ansiedade²⁴.

Estudo, analisando conhecimento e atitudes de docentes e discentes de enfermagem frente à interface espiritualidade, religiosidade e saúde, verificou que 96% dos participantes afirmou acreditar que a espiritualidade influencia na saúde do paciente, cerca de metade que a mesma influencia o próprio atendimento do enfermeiro, e a maioria relatou que sentia vontade de fazer essa abordagem, mas apenas 36% se considerava preparada para tal²⁵.

Uma nova perspectiva para a vida

No discurso das mulheres deste estudo observou-se o relato de situações diversas que caracterizam mudanças na postura diante da vida, tais como tomadas de decisões que vão desde o rompimento de relações como separação conjugal, reconstrução de vínculos familiares, aprimoramento das relações interpessoais e incorporação de novos comportamentos. Estes aspectos são demonstrados nas falas que se seguem:

S1: Essa doença me marcou muito. Eu agora procuro ouvir mais a minha mãe. Passei a dedicar mais aos meus estudos.

S3: Eu acho até que eu me tornei uma pessoa mais compreensível. Hoje eu procuro aceitar mais as pessoas como elas são. Até a minha relação com meu ex-marido melhorou.

S4: Eu separei do meu marido. Eu é que mudei muito durante a doença, não queria mais aquela vida com ele.

S6: Eu mudei tanto... Fiquei mais alerta, mais cuidadosa comigo e com os outros. E também passei a ver a vida de um jeito melhor. Quanto meus filhos são importantes para mim.

Estudo realizado ao longo de trinta e cinco anos demonstrou que vivenciar o câncer pode não significar um aviso de morte, porém, pode constituir-se como o ponto de mutação na vida da pessoa. Quase todos os indivíduos constroem suas vidas de maneira muito racional, abstendo-se de olhar para traz e de refletir suas condutas e de compreender o seu “eu” sem se importar com a forma pela qual estabelecem suas relações com o ambiente e com o seu semelhante. Daí, ao vivenciar uma doença grave como o câncer e que pode levar à morte, elas são induzidas a buscar o autoconhecimento, avaliar suas posturas, e tentar resgatar valores e princípios esquecidos²⁶

O adoecer pelo câncer conduz a um tipo de desorganização interna do indivíduo, dificultando a compreensão do que está acontecendo. Entretanto, o ser humano é capaz de transcender a sua situação imediata, pois o seu existir não compreende somente o que está experienciando em dado instante, mas é capaz de vislumbrar as múltiplas possibilidades para as quais a sua existência encontra-se aberta.²⁰

Diante de tais circunstâncias pode ocorrer o fenômeno de resiliência o qual tem sido denominado em psicologia como a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade.²⁶

A resiliência representa a reconfiguração interna, pelo sujeito, de sua própria percepção e de sua atitude diante da vivência da condição de adversidade ou trauma, constituindo esta, a partir de então, fator de crescimento ou desenvolvimento pessoal. Essa reconfiguração pode aparecer como condição ou disposição psíquica orgânica congênita, ou pré-existente, como resultante do processo vivido, podendo se apresentar como uma condição preexistente à vivência traumática, assim como uma espécie de competência humana da qual

alguns indivíduos seriam dotados e outros não, ou ser “construída” no indivíduo ou grupo após a vivência da situação, ou ainda se estabelecer durante a experiência.²⁶

Os resultados evidenciam que os aspectos psicossociais que envolveram o diagnóstico e tratamento do câncer cervicouterino permanecem fortemente relacionados às representações sociais da doença na qual se sobressai a sua relação com a morte. Isso é explicitado pelos sentimentos de desespero, medo, dor, vergonha, discriminação e impotência diante da doença. A vergonha e a discriminação encontraram-se fortemente relacionadas ao comportamento sexual.

Todos esses aspectos, apesar de fortes e, num primeiro momento, desestruturar a vida dessas mulheres, também se mostraram importantes para o enfrentamento/tratamento da doença e para a reflexão e reconstrução de novas perspectivas para as suas vidas.

Dentre as mudanças de vida ocorridas foram apontadas especialmente, melhoria nas relações interpessoais, seja com familiares, amigos ou consigo mesmas e, ainda a adoção de novo estilo de vida.

Entretanto, é importante considerar que embora o programa de prevenção e controle do CCU funcione ancorado em tecnologia biomédica moderna, eminentemente cirúrgica, os aspectos psicossociais requeridos e previstos pela integralidade do tratamento não foram observados, o que certamente poderia ter contribuído para minorar o sofrimento apontado pelas mulheres, para soluções mais rápidas e, principalmente, evitar as evasões.

A “via crucis” percorrida pelas mesmas demonstra que o programa brasileiro de prevenção do câncer do colo do útero, em nosso município, requer ainda fundamentalmente, a integralidade do tratamento com equipes multiprofissionais trabalhando, efetivamente, em um contexto biopsicosocial.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira KM, Barbosa MA, Boemer MR. O vivenciar a relação de ser com câncer: alguns des-velamentos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007; 15 (4): 305-23.
2. Salci, MA, Sales, CA, Marcon, SS. Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer. Rev. Enfer. UERJ 2008; 17(1):46-51.
3. Thum, M, HECK, MR, Soares, MC, Deprá, AS. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. Cienc Cuid Saude 2008; 7(4): 509-516.

4. Mendonça VG, Lorenzato FRB, Mendonça JG, Menezes TC, Guimarães MJB. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Ginecol. Obst.* 2008; 30(5): 248-255.
5. Greenwood SA, Souza Machado MFA, Sampaio NMV. Motivos que levam as mulheres a não retornarem para receber o resultado do exame Papanicolaou. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2006; 14(4): 503-9.
6. Cruz LMB, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer de colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc.* 2008; 17(2):120-31.
7. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil. Brasília (Brasil). Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2010/
8. Martins LFL, Valente JG, Thuler LCS. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(2):318-25.
9. Vale, DBAP, Moraes, SS, Pimenta, AL, Zeferino, LC. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(2):383-90.
10. Anttila A, Von Karsa, L, Aasmaan A, Fender, M, Patnick, J, Rebolj, M, Nicula, F, Vass, L, Valerianova, Z, Votti, L, Sauvaget, C, Ronco, G. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. *Eur J Cancer.* 2009; 45 (15): 2649-58
11. Cestari MEW, Zago MMF. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o século XXI. *Rev. bras. Enferm.* 2005; 58 (2): 218-21.
12. Flanagan JC. A técnica do incidente crítico. *Arq Bras Psicol Apl* 1973; 21(2) 99-141.
13. Fontanella BJB, Ricas, J. Tarato, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Publica* 2008; 24 (1):17-27.
14. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196/96 sobre Pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996; 4: 15-25.
15. Oliveira, MS, Fernandes, AFC, Galvão MTG. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cervico-uterino. *Acta pauli enferm.* 2005; 18 (2):150-5.
16. Barros DO e Lopes RLM. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. *Rev Bras Enferm.* Brasília 2007; 60(3): 295-8.
17. Simonton SM. A família e a cura: o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença. 2ª ed. São Paulo (SP) Summus; 1990.
18. Carvalho MMMJ. Introdução à Psiconcologia. Campinas. SP, Editora Livro Pleno, 2002.
19. Almeida LHRB, Pereira YBAS, Oliveira TA. Radioterapia: percepção de mulheres com câncer cervicouterino. *Rev Bras Enfer.* Brasília 2008; 61(4): 482-7.

20. Silva ARB, Merigui MAB. Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: uma abordagem heideggeriana. Relato de Pesquisa. Rev.esc. enferm. USP, São Paulo. 2006; 40(2): 253-60
21. Morim, E. O método 3. O conhecimento do conhecimento. 4ª.edição. Sulina, 2002, 288p.
22. Lolis, D. Solidariedade Política. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica. São Paulo.1999.
23. Inslitch M, Mc Greor I, Hirsh JB, Nash K. Neural markers of religions conviction. New York. Psychology Science; 2009: 1-6.
- 24 Newberg A, Waldman MRA. Como Deus pode mudar sua mente. Um diálogo entre a fé e a Neurociência. São Paulo, Editora Prumo. 2009, 367p.
- 25 Leshan, DL. O câncer como ponto de mutação. Tradução: Denise Bolanho. Summus Editorial, 4ª Ed. 1992, 195p.
- 26 Barlach, L. O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito. Dissertação (mestrado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.
- 27 Dezorzi, LW, Crosseti, MGO. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem na terapia intensiva. Ver. Latino-Am. Enfermagem. 16 (2), 307-22.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. CONCLUSÕES

Os resultados demonstram que as recomendações do MS foram parcialmente seguidas por parte das UABS, não havendo, entretanto, observação criteriosa para os encaminhamentos realizados para a UMC.

A percepção das mulheres, evidenciada pela fala, revela que as mesmas encontraram dificuldades para o acesso ao atendimento, e durante o decorrer do mesmo, enfrentaram problemas em virtude de falhas na comunicação no momento do agendamento, no momento da consulta, e durante o tratamento, ou seja, em todos os níveis do atendimento. Essas dificuldades originaram tensões cujas consequências levaram mulheres a abandonarem o sistema de saúde.

Os aspectos psicossociais revelaram que embora o programa de prevenção desempenhe suas atividades ancoradas em tecnologia biomédica moderna, eminentemente cirúrgica, a integralidade requerida e prevista para o tratamento não foi observada.

5.2 CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de educação permanente para qualificação de recursos humanos aprimorando o conhecimento sobre as normas estabelecidas e as relações entre os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, suas dinâmicas e práticas de trabalho que compõem o caminho percorrido pelas mulheres em busca de prevenção e tratamento.

Nesse contexto a Educação Permanente se estabelece como uma ferramenta estratégica para a viabilização da Política Nacional de Atenção Oncológica.

A observação das normas e os encaminhamentos corretos para os diferentes níveis de atendimento são fatores organizacionais importantes para o aprimoramento do desempenho do PNCCCU.

Evidencia-se, também, a necessidade de um sistema de informações que contemple, efetivamente, as mulheres mais vulneráveis. A comunicação eficiente é um importante fator de intervenção e comunicação social.

O desempenho profissional junto ao SUS ainda requer dinamização da política de humanização e práticas educacionais que possibilitem melhor qualificação dos recursos humanos capazes de elevar o nível de qualidade de atenção às mulheres e, ao mesmo tempo, resgatar a dignidade dos profissionais que o servem.

O controle do câncer do colo do útero requer ainda a operacionalização da promoção da saúde através da qual as mulheres poderão se apropriar de instrumentos que lhes dêem autonomia para lidar com seus problemas de saúde.

REFERÊNCIAS

AGURTO, I. et al. Improving cervical cancer in a developing country. **International Journal for Quality in Health Care**, p.1-6, 2006.

AMARAL, R.G. et al. Quality assurance in cervical smears: 100% rapid rescreening versus 10% random rescreening. **Acta Cytologica**. 49: (3)244- 248, 2005.

ANDRAUS, et al. Incidentes críticos segundo os familiares de crianças hospitalizadas. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.4,p. 574-579, out/dez, 2007.

ANTTILA, A. et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. **European Journal of Cancer**. v. 45 (15) p. 2649-2658, 2009.

ARBYN, M. et al. The challenges of organizing screening programmes in the 15 old member states of European Union. **European Journal of Câncer**, v.45, p. 2671-2678, 2009.

BERTAZONE, E. C; GIR, E; HAYASHIDA, M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p.374-81, maio-junho 2005.

BIGNARDI, F. A. C. Pesquisa qualitativa e quantitativa: maneiras complementares de apreender a realidade. **Comitê Paulista para a década da Cultura de Paz. Um programa da UNESCO**. São Paulo, 2003. On line <[http:// cliente.argo.com.br/~ mgos 10~processo9.html](http://cliente.argo.com.br/~mgos10~processo9.html)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, 2011a. Disponível em: [www.inca.gov.br/.../novas_diretrizes_para_rastreamento_do_cancer do colo _do_uterio_no_brasil_](http://www.inca.gov.br/.../novas_diretrizes_para_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_no_brasil_)

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Deteção Precoce**. 2011b. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/home/coloutero/deteção_p recoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/home/coloutero/deteção_p_recoce)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (Internet). Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil**. 2010a. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&l2>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Plano de Ação para redução da Incidência e Mortalidade por Câncer de Colo do Útero. Sumário Executivo**. Programa Nacional de Controle do Câncer do colo do útero e da mama. Rio de Janeiro, 2010b. Disponível em <http://inca.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Cadernos de Atenção Primária (29). Rastreamento**, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério de Saúde. 2010c. Disponível em www.saude.gov.br/bvs

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Informativo Detecção Precoce. Monitoramento das Ações de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama**. 2010d. Disponível em <http://inca.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Contribuições para o seguimento de mulheres submetidas ao rastreamento para câncer de colo do útero**. 2006a. Disponível em www.inca.gov.br/viva-mulher/documentos/rastreamento

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**. Portaria nº 399/2006 de 22 de fevereiro. 2006b. Disponível em www.saude.gov.br

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto nacional do Câncer. **Nomenclatura Brasileira para laudos cervicais e Condutas Preconizadas. Recomendações para profissionais de saúde**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ação para o Controle dos Cânceres do colo do útero e da mama, 2005 /2007. Diretrizes Estratégicas**, p.75-87, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Plano Nacional de Ação Integral a Saúde da Mulher 2004-2007**, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre câncer do colo do útero**. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Comprev). Rio de Janeiro, p. 5-57, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do colo do útero. **Informações Técnico Gerenciais e Ações desenvolvidas**, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero. Manual Técnico para Laboratórios**. Brasília, DF, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Portaria Ministerial GM/MS nº 788/99** de 25 de novembro de 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde Instituto Nacional do Câncer. Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer de colo do uterino. **Normas e Manuais Técnicos**. Rio de Janeiro, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Portaria Ministerial GM/MS nº 3040/98** de 21 de junho de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Portaria Ministerial GM/MS nº 3947/98** de 25 de novembro de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.196/96**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, 4:15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília, 1984.

BRENA, S.M.F. et al. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n. 4, p.909-914, 2001.

BRITO, D.M.S.; GALVÃO, M.T.G., PEREIRA, MLD. Marcadores de vulnerabilidade ao câncer de colo do útero em mulheres infectadas por HIV. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**. 2011; 19(3): 1-8.

Carvalho MMMJ. Introdução à Psiconcologia. Campinas. SP, Editora Livro Pleno, 2002.

CAPRA, F. **O Ponto de mutação**. São Paulo. Pensamento-Cultrix, 1982.

CESTARI, M. E.W.; ZAGO, MMF. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o século XXI. **Rev. bras. Enferm.** 2005; 58 (2): 218-21.

CRUZ, L.M.B.; LOUREIRO, R.P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer de colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc.** v.17, n.2, p.120/131, 2008.

DELA COLETA, J. A. A técnica dos incidentes críticos: aplicações e resultados. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, v.26, n.2, p.35-58, 1974.

DELA COLETA, J. A; DELA COLETA, M. F. A Técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na psicologia, administração, saúde e educação. Taubaté (São Paulo). **Cabral Editora e Livraria Universitária**, p.130, 2004.

DEZORZI, LW; CROSSETI, MGO. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem na terapia intensiva. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**. 16 (2), 307-22

FERNANDES, J.F. et al. Conhecimentos, atitude e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 2009; 43(5).

FELISBERTO, E.; FREESE, E.; BEZERRA, L.C.A.; ALVES, C.K.A.; SAMICO, I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2010; 26(6): 1079-1095.

FLANAGAN, J. C. A Técnica do incidente crítico. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, 21(2) 99-141,1973.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TARATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 24 (1):17-27. jan, 2008.

GIRIANELLI, V.R.; THULER, L.C.S.; AZEVEDO e SILVA, G. Qualidade do sistema de informação do câncer do colo do útero no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, vol.43 nº 4 São Paulo, 2009.

GREENWOOD, S.A.; SOUZA MACHADO, M.F.A.; SAMPAIO, N.M.V. Motivos que levam as mulheres a não retornarem para receber o resultado do exame Papanicolaou. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 14(4):503-9, 2006.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a Questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.22, n. 2, p. 201-210, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso à utilização de serviços de saúde. 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

KOSS, L.G.; GOMPEL, C. **Introdução à citologia ginecológica com correlações histológicas e clínicas**. In: Técnicas de colheita, de fixação e de coloração. São Paulo: Roca. p. 32-37, 2006.

LINHARES, A.C.; VILLA L.L. Vacinas contra rotavírus e papilomavírus humano (HPV). **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro,v.82, n.3 (Supl), p. s25-s34,2006.

LOLIS, D. Solidariedade Política. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. **Pontifícia Universidade Católica**. São Paulo. 1999.

MANRIQUE, E.J.C. et al. A revisão rápida de 100% é eficiente na detecção de resultados falso-negativos e varia com a adequabilidade da amostra. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.29, n.8, p.403, 2007.

MARTINS, L.F.L.; VALENTE, J.G.; THULER, L.C.S. Factors related to inadequate cervical cancer screening in two Brazilian state capitals.**Revista de Saúde Pública**. v. 43, n. 2, p.318-325, 2009.

MARTINS, M. F. M. Uso do Portal da CAPES na área biomédica: estudo de caso se assimilação da informação. **Anais de CIPECC 2006**. Disponível em <http://portal.cid.unb.br/CIPECbr/viewpaper.php?id=6>.

MENDONÇA, V. G. et al. Mortalidade por câncer de colo do útero: características sócio-demográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.30, n.5, p.248-553, 2008.

MOURA, G. M. S. et al. Satisfação do paciente na Unidade de Coleta de exames laboratoriais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre-RS, v.29 n.2, p.269-275, jun. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11^a ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, D.C. et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (1): 197-206. Jan. 2008.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C.; GALVÃO, M.T.G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cervicouterino. **Acta paulista de enfermagem**. v.18 n. 2. São Paulo Apr/June, 2005.

OLIVEIRA. M.M.; PINTO, I.C.; COIMBRA, V.C.C. Potencialidades no atendimento integral: a prevenção do câncer do colo do útero na concepção de usuárias da Estratégia da Saúde da Família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.15, n.3, maio-junho, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Conferência Mundial sobre a Mulher**, 4, Rio de Janeiro; Fiocruz, p.352, 1996.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales**. Genebra: Organización Mundial de la Salud, 2007.

PARKIN, D.M.; BRAY, F.; FERLAY, J.; PISANI, P. Global cancer statistics, 2002. **Cancer Journal Clinic**, v.55, n.2, p. 74-108, 2005.

PASCHE, D.F. Política Nacional de humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface. Comunicação. Saúde, Educação**, v.13 supl.1 Botucatu 2009.

PEÑA, A. L. N; JUAN, L. C. La técnica del Incidente Crítico y sus implicaciones en el desarrollo de la investigación en enfermería. **Index Enfermería** v.17 n.1 Granada ene-mar, 2008.

PETO, J. et al. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. **The Lancet**, v. 364, n. 9430, p. 249-256, 2004.

RACHO, D.; VARGAS, V.R.A. Análise da prática e atitude sobre o exame preventivo de câncer do colo do útero em uma comunidade universitária. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v.39, n.4, p.259-263. 2007.

RAMOS, D. D; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. Rio Grande do Sul: Brasil **Cadernos de Saúde Pública**, fevereiro, v.19, n. 1, p.27-34, 2003.

RIBEIRO, C. A supervisão dos incidentes críticos à luz do modelo reflexivo. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v.19: 650-2, 2003.

RUSSOMANO, F; MONTEIRO, A.X.S.; MOUSINHO, R.C.; O diagnóstico de células escamosas atípicas de significado indeterminado – uma avaliação crítica das recomendações diagnósticas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.30, n.11 p. 573-82, 2008.

SALCI, MA; SALES, CA; MRCON, SS. Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer. **Rev. Enfer. UERJ**. 2008; 17 (1):46-51.

SANTOS, M. L; MORENO, M.S; PEREIRA, U.M. Exame de Papanicolaou: Qualidade do esfregaço realizado por alunos da Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.55, n.1, p.19-25, 2009.

SANTOS, M.L. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40 n. 2, Apr. 2006.

SANTOS, R. C. TIC - Técnica do Incidente Crítico: ferramenta para estimular o aprendizado organizacional. **Revista Marketing Industrial**, v.7, n.18, p.24-30, 2001.

SCULLY, R. E. et al. Wilkins E J. Histological Typing of Female Genital Tract Tumors. **World Health Organization. International Histological Classification of Tumors**, Berlin,1994.

SILVA, A.R.B.; MERIGUI, M.A.B. Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: uma abordagem heideggeriana. Relato de Pesquisa. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP, São Paulo, v.40 n.2, 2006.

SILVA, R.M. Promoção da Saúde no Contexto Interdisciplinar. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v.20, n.3, p. 141- 142, 2007a.

SILVA, T. M. S. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 64-78, 2007b.

SIMONTON, S.M. A família e a cura: o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença. 2ª ed. São Paulo (SP) **Summus**; 1990.

SIQUEIRA, KM; BARBOSA, MA; BOEMER, MR. O vivenciar a relação de ser com câncer: alguns des-velamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2007;15 (4): 305-23.

TAVARES, S.B.N. et al. Comparison of the performance of Rapid Prescreening, 10% Random Review, and Clinical Risk Criteria as Methods of Internal Quality Control in Cervical Cytopatology. **Cancer Cytopatology**, v.114, n.3, p.165-70,2008.

TROTTIER, H.; FRANCO, E.L. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. **Vaccine**, n. 24 (Supl 1), p.1-15, 2006.

UMEZULIKE, A.C.; TABANSI, S.N.; EWUNONU, H.A.; NWUANA, E. J. Epidemiological characteristics of carcinoma of the cervix in the Federal capital Territory of Nigeria. **Nigerian Journal Clinical Practice**, v.10, n.2, p. 143-146, 2007.

VALE, D.B.A.P. et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no Município de Amparo, São Paulo Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, 2010.

VILLA, L.L. Prophylatic HPV vaccines: reducing the burden of HPV-related diseases. **Vaccine**, v. 24 (Supl 1), p. 23-28, 2006.

VINCENT, S.P. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da Política Nacional de Atenção Oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v 53, n1, p.79-85, 2007.

ZANI, A.V.; NOGUEIRA, Incidentes críticos no processo ensino-aprendizagem do Curso de Graduação em Enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n.5, 2006

ZAPKA et al. A framework for improving the quality of cancer care of breast and cervical câncer screening. **Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention**, n.12, p.4-13, 2003.

ZEFERINO, L.C., GALVÃO, L. **Prevenção e controle de câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil?** In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: Dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 1999.

ZEFERINO, L.C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.30, n.5, p.213-215, 2008.

ZOLA, P; BROWN, M. L.; RILEY; G. F.; SCUSLLER, N.; ETIZIONE, R. Follow-up Strategies in Gynecological Oncology: Searching Appropriatness. **International Gynecological Cancer**, p. 1-8, 2007.

Bibliografia de normatização

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMA TÉCNICAS. **NBR- 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. 2. ed. Rio de Janeiro, 2011.

MENDONÇA, L.M.N.; ROCHA, C.R.R.R.; GOMES, S.H.A. **Guia para apresentação de trabalhos acadêmicos na UFG**. Universidade Federal de Goiás, Pró-Reitoria de pesquisa e Pós-Graduação, Goiânia, 2006, 48 p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR-6023**: Informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista

Dados pessoais (destacar após a revisão)

Número: | | | |

Nome: _____

Idade atual: | | |

Endereço: _____ n° _____ Apto: _____

Bairro: CEP:

Passa correio lá? | | Sim | | Não

Fone: (recado) Com: Quem?

Quanto tempo reside na cidade de Goiânia? | | anos | | meses

Naturalidade

Data de nascimento: | | | | | | (usar documento)

dia mês ano

Idade na matrícula: | | (calcular)

Data da entrevista: | | | | | | |

Executar o desenvolvimento das questões norteadoras, conforme proposto pela Técnica do Incidente Crítico (TIC) segundo Flanagan (1973).

Uma com polaridade negativa: “Relate uma situação ocorrida com você (que considerou negativa) do momento em que recebeu o resultado do exame de prevenção até o final do tratamento”.

Outra com polaridade positiva: “Relate uma situação ocorrida com você (que considerou positiva) do momento em que recebeu o resultado do exame de prevenção até o final do tratamento” conforme proposto pela Técnica do Incidente Crítico (TIC) segundo Flanagan (1973).

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____
RG _____ endereço _____
telefone _____, nº do prontuário _____, aceito colaborar como voluntária de um estudo sobre a TRAJETÓRIA DE MULHERES COM RESULTADOS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS SUGESTIVOS DE LESÕES PRECURSORAS DO COLO DO ÚTERO que está sendo realizado por pesquisadoras da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás. Este estudo tem como objetivo acompanhar as mulheres com resultados de exames citopatológicos alterados, sua associação com o conhecimento, atitude e prática do exame de prevenção e identificar os pontos que podem dificultar a realização desse exame, o diagnóstico e o tratamento. Estou ciente de que a minha participação consiste em responder um questionário no dia da minha consulta, e também fui informada que, caso não queira participar, isso em nada prejudicará o meu atendimento médico. Fui esclarecida que quando os resultados forem divulgados, o meu nome não será mencionado. Para qualquer esclarecimento procurarei as Dras. Rita Goreti Amaral ou Zair Benedita Pinheiro de Albuquerque, no Laboratório Rômulo Rocha da Faculdade de Farmácia ou pelo telefone (62) 3209-6044 Ramal 206 ou 302. Posso também fazer denúncias ou queixas ligando para a Comissão de Ética em Pesquisa, no telefone (62) 3521 1076 ou 3521 1023. Sei que não serei paga para participar deste estudo. Informo que compreendo este termo de consentimento e que a minha assinatura abaixo significa que aceito participar deste estudo.

Assinatura da mulher

RG _____

Goiânia ____/____/____/

ANEXOS**ANEXO A: Parecer consubstanciado**

COEP – UFG

PARECER CONSUBSTANCIADO

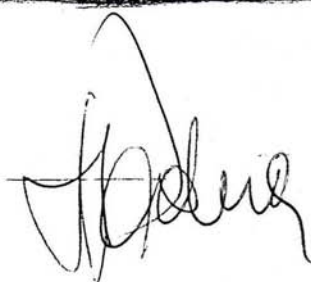
PROTÓCOLO Nº
_____/20____

com resultado citopatológico sugestivo de lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau.

- * Adequação da metodologia: A descrição da metodologia é clara e completa, desenhando adequadamente todas as etapas.
- * Adequação das condições: As condições são adequadas.

IV – Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

- * Estrutura do protocolo: O protocolo está satisfatoriamente apresentado, abrangendo todos os itens necessários para sua execução. Contempla os aspectos bioéticos.
- * Análise de riscos e benefícios: não apresenta riscos ou prejuízos éticos para os envolvidos.
- * Estrutura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado e explicativo, sendo de fácil compreensão.
- * Forma de obtenção do Termo de Consentimento: Por convite
- * Privacidade e confidencialidade: Garantidos

V – Parecer do COEP: Aprovado com recomendação de obtenção da folha de rosto das Unidades de Saúde envolvidas no projeto.**VI – Data da reunião:** _____**Assinatura do relator:****Assinatura do Coordenador/COEP:**

ANEXO B - Prontuário de Prevenção do Câncer de Colo do Útero

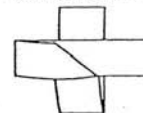
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO
CÂNCER GINECOLÓGICO

CENTRO DE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA - AMBULATÓRIO
SERVIÇO DE COLPOSCOPIA - MASTOLOGIA - UROLOGIA

Ministério da Saúde



SUS

Sist
Unic
de Si

NOME:.....COD. BAIRRO:.....Nº:.....
 IDADE:.....DATA NASC.:...../...../.....NATURALIDADE:.....
 ESTADO CIVIL:.....PROFISSÃO:.....COR:.....
 ENDEREÇO:.....
 FONE:.....UNIDADE:.....
 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:.....
 DATA:.....HISTÓRICO:.....

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

ANAMNESE: