

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

MÁRCIA PIRES DE MIRANDA

**CONHECENDO AS MULHERES QUE REALIZAM O EXAME DE
PAPANICOLAU NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
NOVO CRUZEIRO/MG**

NOVO CRUZEIRO/ MINAS GERAIS

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

MÁRCIA PIRES DE MIRANDA

CONHECENDO AS MULHERES QUE REALIZAM O EXAME DE
PAPANICOLAU NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
NOVO CRUZEIRO/MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Esp. Fernanda Carolina Camargo

NOVO CRUZEIRO/ MINAS GERAIS

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

MÁRCIA PIRES DE MIRANDA

CONHECENDO AS MULHERES QUE REALIZAM O EXAME DE
PAPANICOLAU NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
NOVO CRUZEIRO/MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Banca Examinadora

Profa. Daniele Falci de Oliveira UFMG

Esp. Fernanda Carolina Camargo
CEABSF/NESCON/UFMG

Prof. Mário Dias Corrêa Júnior UFMG

Aprovado em Belo Horizonte ____/____/2010

Dedico a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde que estão engajados na luta em busca de melhorar a adesão de todas as mulheres na realização do exame Papanicolau, com o objetivo de minimizar o índice de câncer de colo uterino.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser meu guia e proteção e permitir ter chegado até aqui. Ao meu esposo Sérgio pelo companheirismo, incentivo, carinho, conselhos e apoio incondicional, que sempre esteve ao meu lado, até nos momentos difíceis. A tutora Karla Christine pela atenção e apoio durante a realização do curso e a orientadora Fernanda Camargo pela orientação, companheirismo e apoio durante a elaboração deste trabalho. As duas foram peça fundamental na conclusão desse processo.

*“As enfermidades são os resultados não só dos nossos atos como também dos
nossos pensamentos”.*

Mahatma Gandhi

RESUMO

A prevenção do Câncer do Colo Uterino é problema de saúde pública, devido a sua incidência de mortalidade. Para seu enfrentamento, a reorganização da atenção à saúde pelo Programa Saúde da Família (PSF), têm se mostrado como estratégia efetiva, tanto na prática cotidiana, como diante aos preceitos legais que o norteiam. O diagnóstico situacional de saúde do município apresentou vulnerabilidades para ocorrência desse agravo como: baixas condições socioeconômicas, aspectos sanitários precários; elevada taxa de mortalidade em relação a Minas Gerais e ao Brasil. As potencialidades apresentadas nesse diagnóstico foram cerca de 100% de cobertura pelo PSF e Unidades Básicas de Saúde para cada 4.500 habitantes. O objetivo do trabalho foi descrever o perfil das mulheres que realizaram o exame de Papanicolau nas equipes da Estratégia Saúde da Família desse município. Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico, transversal referente às características da população que realizaram exame de Papanicolau, no período de 2006 a 2009. Foram utilizados os dados disponíveis no DATASUS, referentes ao SISCOLO versão 4.0. A análise constitui-se de estatística descritiva por distribuição absoluta (n) freqüência (%), média (\bar{x}), desvio padrão (S) e coeficiente de variação (CV), além dos indicadores de saúde. Os resultados apontaram: número de exames realizados maior que o número de exames esperados, 8281 exames de Papanicolau; prevalência média de 174 exames para cada 1.000 mulheres; proporção de 0,38 entre mulheres de 25 a 59 anos que realizaram o exame; faixa etária predominante de 20 a 49 anos (72,3%), com ensino fundamental incompleto (20,7%), seguida das mulheres analfabetas (9,53%). 75,1% declararam já terem realizado o exame, sendo que o tempo de coleta esteve entre 1 a 3 anos (82,62%). A qualidade das amostras coletadas foram 99,64% satisfatórias, entretanto 90,36% delas apresentaram anormalidades em seu resultado. As anormalidades foram distribuídas em alterações microbióticas com média de 1045, $S= 1492,6$; as alterações benignas a média foi de 2661, $S=3028,8$ e as alterações malignas obtiveram média de 22, $S=32,8$. Como propostas aos resultados apontam-se o fortalecimento das ações educativas e de mobilização comunitária, a fim de garantir a essas mulheres a saúde como direito.

Palavras-Chave: Esfregaço Vaginal. Neoplasias do colo do útero. Saúde da Mulher. Programa Saúde da Família. Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

Uterine cervical neoplasms prevention is a public health problem, because the death and incidence of this disease. The Family Health Program (FHP) has proven an effective strategy, through reorganizing the assistant's policies in Brazil, even in day-by-day performs as though a legal duty. The municipal health's diagnosis presented vulnerabilities for the occurrence of this disease as: low socioeconomic conditions, poor health aspects; high mortality rate for cancer of the cervix in relation to Minas Gerais and to Brazil. In the other hand, presented potentials as: 100% coverage by the FHP and Basic Health Units for every 4,500 inhabitants. The objective of this studied was to describe the profile of women who underwent the Pap test teams of the Family Health Strategy that municipality. This is a quantitative study, epidemiological, cross-references the characteristics of the population who were Pap test in the period 2006 to 2009. The study used data available in DATASUS, referring to SISCOLO version 4.0. The analysis consisted of descriptive statistics for absolute distribution (n) frequency (%), mean (\bar{x}), standard deviation (S) and coefficient of variation (CV), and health indicators. Results showed: a greater number of examinations that the expected number of examinations, Pap tests 8281; average prevalence of 174 per 1,000 examinations for women; ratio of 0.38 among women 25-59 years who were examined, age predominantly 20-49 years (72.3%) with incomplete primary education (20.7%), followed by illiterate women (9.53%). 75.1% said they have already undergone the examination, and the collection time was between 1-3 years (82,62%). The quality of samples collected 99.64% were satisfactory, however 90.36% of them had abnormalities in their outcome. The abnormalities were distributed in microbiotic changes in the samples shows an average of 1045, $S = 1492.6$, the benign, the average was 2661, $S = 3028.8$ and malignant changes, got an average of 22, $S = 32.8$. Proposals as to the results, pointing to the strengthening of educational and community mobilization in order to ensure these women to health as a legal duty.

Keywords: Vaginal smears. Uterine cervical neoplasms. Women's Health. Family Health Program. Public Health Nursing.

RESUMEN

El prevención de neoplasias del cuello uterino, es un problema de salud pública, porque la incidencia de muerte e por la enfermedad. Para su resolución, la reorganización de la asistencia sanitaria por el Programa de Salud de la Familia (PSF), han demostrado ser una estrategia eficaz, tanto en la práctica cotidiana como en los principios legales que guían. La experiencia del autor en la Atención Primaria de la Salud en el municipio de Novo Cruzeiro / MG, había una percepción en están estudiando las mujeres y que manera realizan pruebas de frotis vaginal, Papanicolaou. El diagnóstico de la salud municipale presentados la vulnerabilidad para aparición de esta lesión como: bajas condiciones socioeconómicas, los aspectos de la mala salud; alta tasa de mortalidad para el cáncer del cuello uterino en relación con Minas Gerais, en con Brasil. El potencial se presentan en este diagnóstico fue del 100% de cobertura por el PSF y unidades básicas de salud por cada 4.500 habitantes. El objetivo fue describir el perfil de las mujeres que se sometieron a la prueba de Papanicolaou en los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia de ese municipio. Este es un estudio cuantitativo, epidemiológicos, las referencias cruzadas de las características de la población que eran la prueba de Papanicolaou en el período 2006 a 2009. El estudio utilizó los datos disponibles en DATASUS- SISCOLO refiriéndose a la versión 4.0. El análisis consistió en estadística descriptiva para la distribución absoluta (n) Frecuencia (%), media (\bar{x}), desviación estándar (S) y coeficiente de variación (CV), y los indicadores de salud. Los resultados mostraron: un mayor número de exámenes que el número esperado de los exámenes, pruebas de Papanicolaou 8281; la prevalencia promedio de 174 por cada 1.000 exámenes para las mujeres, un cociente de 0,38 entre las mujeres 25-59 años de edad que fueron examinados, la edad predominantemente 20-49 años (72,3%) con educación primaria incompleta (20,7%), seguido de las mujeres analfabetas (9,53%). 75,1% dijo que ya se han sometido a los exámenes, y el tiempo de recolección fue entre 1-3 años (82,62%). La calidad de las muestras recogidas 99,64% fueron satisfactorios, sin embargo 90,36% de ellos se detectaron anomalías en sus resultados. Las anomalías fueron distribuidos en los cambios en las muestras microbiotic muestra un promedio de 1045, $S = 1492,6$, el benigno, el promedio fue de 2661, $S = 3028,8$ y los cambios malignos, obtuvo un promedio de 22, $S = 32,8$. Propuestas relativas a los resultados, apuntando al fortalecimiento de la educación y movilización de la comunidad a fin de garantizar a estas mujeres a la salud como un derecho.

Palabras claves: Frotis Vaginal. Neoplasias del cuello uterino. Salud de la Mujer. Programa de Salud de la Familia. Enfermería de Salud Pública.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
A Estratégia Saúde da Família e a implementação do SUS.....	14
A problemática da prevenção do câncer cérvico-uterino na APS/ESF	17
Do PAISM à incorporação do PCCU na Estratégia Saúde da Família	21
O Diagnóstico Situacional de Saúde do município de Novo Cruzeiro/MG.....	29
OBJETIVOS	37
Objetivo Geral.....	37
Objetivos Específicos.....	37
MATERIAIS E MÉTODO	38
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
APÊNDICE I REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição demográfica da população de Novo Cruzeiro, segundo sexo e faixa etária, 2009.	31
Tabela 2. Distribuição do tipo de abastecimento de água por moradores em Novo Cruzeiro, 1991 e 2000.	32
Tabela 3. Distribuição por tipo de instalação sanitária por moradores em Novo Cruzeiro, 1991 e 2000.	32
Tabela 4. Distribuição por tipo de Destino do Lixo por moradores em Novo Cruzeiro, 1991 e 2000.....	32
Tabela 5. Distribuição de Unidades de Saúde por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento, Novo Cruzeiro, 2009.	33
Tabela 6. Distribuição de mortalidade proporcional por faixa etária segundo grupo de causas CID-10, Novo Cruzeiro, 2006.....	34
Tabela 7. Distribuição de coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas por 100.000 habitantes, Novo Cruzeiro, 2006.	35
Tabela 8. Distribuição da cobertura assistencial na APS pela Estratégia Saúde da Família segundo número de ACS, de equipes e percentagem de cobertura populacional, Novo Cruzeiro, 2009.	35
Tabela 9. Distribuição de cobertura de exames de papanicolau na população feminina de faixa etária de 25 a 59 anos, Novo Cruzeiro/MG, período de 2006 a 2009	40
Tabela 10. Distribuição da faixa etária por total, absoluto (n) e frequência (%), das mulheres que realizaram exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.	41
Tabela 11. Distribuição da escolaridade das mulheres que realizaram o exame de Papanicolau Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.....	42
Tabela 12. Distribuição do tempo de coleta do último exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.....	44
Tabela 13. Distribuição quanto ao conhecimento prévio sobre a realização do exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.	45
Tabela 14. Distribuição da adequabilidade da amostra coletada no exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.	47
Tabela 15. Distribuição da qualidade da Amostra da coleta de exames de Papanicolau do Município de Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.....	48
Tabela 16. Distribuição da normalidade dos resultados de exames de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.....	49
Tabela 17. Distribuição das Alterações Micobióticas nos resultados de exames de Papanicolau no Município de Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.	50
Tabela 18. Distribuição das Alterações Benignas nos resultados de exames de Papanicolau no Município de Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.	51
Tabela 19. Distribuição das Alterações Malignas nos resultados de exames de Papanicolau no Município de Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.	51

LISTA DE FIGURAS

Figura I. Georeferenciamento Município de Novo Cruzeiro/MG	30
Figura II. Distribuição absoluta (n) dos exames de Papanicolau realizados no município de Novo Cruzeiro/MG, período de 2006 a 2009.....	40
Figura III. Distribuição de exames de Papanicolau realizados por faixa etária, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.....	42
Figura IV. Distribuição da escolaridade das mulheres que realizaram o exame de Papanicolau Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.....	43
Figura V. Distribuição do tempo de coleta do último exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.....	44
Figura VI. Distribuição quanto ao conhecimento prévio sobre a realização do exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.	46
Figura VII. Prevalência de mulheres acima de 10 anos por 1.000 habitantes do sexo feminino, que realizaram exame de Papanicolau no município de Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.....	46
Figura VIII. Proporção mulheres 25 a 59 anos que realizaram o exame de Papanicolau no Município de Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.....	47
Figura IX. Distribuição da adequabilidade da amostra coletada no exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.	48
Figura X. Distribuição da normalidade dos resultados de exames de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.....	50

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família

É questão central para o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro a reformulação das estruturas sanitárias, tendo em vista a aproximação dessas estruturas às necessidades de saúde das populações. Com isso, espera-se alcançar condições permanentes ao SUS que garantam uma atuação mais humanizada, solidária e resolutiva.

Desde a Conferência de Alma Ata, em 1978, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), está proposta a construção de um novo modelo assistencial, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) (MATUMOTO *et al*, 2005; COSTA *et al*, 2009; (RADOMSKY & SCHNEIDER, 2007; FARIA *et al*, 2009a).

O SUS definiu-se pela Constituição de 1988 e obteve a sua regulamentação através das Leis Orgânicas de Saúde 8.080 e 8.142, aprovadas pelo Congresso Nacional em 1990. Apresenta-se, nesse contexto, por uma concepção de saúde como um direito do cidadão e como resultado de políticas públicas de governo (RADOMSKY & SCHNEIDER, 2007; FARIA *et al*, 2009a).

A partir da década de 90, em busca de sua implementação e fortalecimento desse sistema, surge o Programa Saúde da Família (PSF) com o intuito de modificações das práticas curativas para práticas que tenham o enfoque preventivo e integral, além de priorizar ações de promoção e educação em saúde, resolutividade na assistência, e maior aproximação dos serviços à população (MATUMOTO, 2005; JARDIM & LANCMAN, 2009; KAWATA *et al*, 2009; FERNANDES, 2009; COSTA *et al*, 2009; FARIA *et al*, 2009a).

A Saúde da Família vem propor a substituição do tradicional modelo sanitário brasileiro biomedicista que apresenta o hospital como lócus de solução dos problemas de saúde, em virtude de um modelo coletivo, pautado na epidemiologia social, que tenha como lócus de intervenção o indivíduo, a família, a comunidade e suas interrelações (KAWATA *et al*, 2009; COSTA *et al*, 2009; FARIA *et al*, 2009b).

Com isso, hoje a denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) busca provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais de saúde e dos cidadãos, a fim de concretizar nas suas práticas cotidianas os princípios e diretrizes do SUS (KAWATA *et al*, 2009; FERNANDES *et al*, 2009; COSTA *et al*, 2009; FARIA *et al*, 2009b).

Implementa, também, composição de um corpo profissional diferenciado na prestação de ações em saúde, através da composição de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar definida por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem; com a possibilidade da inserção de equipes de saúde bucal: cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal (MATUMOTO *et al*, 2005; BRASIL, 2007; (RADOMSKY & SCHNEIDER, 2007; FARIA *et al*, 2009b).

Ganha destaque na composição dessa equipe a emergência de um novo ator social, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), um representante da comunidade que transita entre o saber técnico-popular, aproximando a equipe de saúde às realidades cotidianas das populações de referência (JARDIM & LANCMAN, 2009; FARIA *et al*, 2009b).

O ACS, dessa maneira, constitui-se como o elo entre a comunidade e a equipe de saúde, por proporções ampliadas, com isso o ACS constitui-se como elo entre a população, seu direito à saúde e o SUS (JARDIM & LANCMAN, 2009).

É o único trabalhador dessa equipe mínima que deve residir na comunidade onde atua, obrigatoriamente. Seu trabalho está pautado, desde então, no contato direto, contínuo e ininterrupto com essa comunidade (BRASIL, 2007; JARDIM & LANCMAN, 2009; FARIA *et al*, 2009b).

Vale ressaltar, na ESF, a noção de território enquanto território-processo, aquele que considera os espaços de inserção dos sujeitos em sua singularidade, complexidade, inteireza e as relações ampliadas ali estabelecidas, que compreendem aspectos culturais, sociais e políticos (MATUMOTO *et al*, 2005; BRASIL, 2007; JARDIM & LANCMAN, 2009; FARIA *et al*, 2009b).

A atuação nesse território permeia o princípio de responsabilização, que se inicia pela adstrição de famílias. Essa adstrição se dá pelo cadastramento domiciliar que corresponde de 2.400 a 4.000 habitantes por equipe, em torno de 1000 famílias, e assim define-se a área de abrangência para a produção das práticas de saúde da ESF (BRASIL, 2007; COSTA *et al*, 2009; MINAS GERAIS, 2009).

As abordagens desse território-processo pelas equipes de saúde, deve se dá através da realização do diagnóstico situacional de saúde. Nesse diagnóstico são identificados perfis de morbimortalidade da área de abrangência, como seus aspectos demográficos, os riscos e vulnerabilidades epidemiológicos e nos contextos sociais, mas em especial, devem-se considerar as potencialidades existentes na comunidade, e suas singularidades no modo de levar a vida e manutenção da saúde (KAWATA *et al*, 2009; FERNANDES *et al*, 2009; COSTA *et al*, 2009; FARIA *et al*, 2009b).

A responsabilização e o vínculo são outros conceitos pelos quais a ESF se norteia. Responsabilização traduz a implicação do trabalhador em saúde com o ato terapêutico e o sujeito assistido, no cenário da ESF, esta se estende à área de abrangência das equipes e às práticas de proteção social e promoção à saúde prevista para a intervenção junto às comunidades (MATUMOTO *et al*, 2005; BRASIL, 2007; COSTA *et al*, 2009, FARIA *et al*, 2009b).

O vínculo, entretanto, se define na reconciliação entre as práticas assistenciais e percepção das necessidades de saúde dos sujeitos. Estabelece-se nos espaços das interações entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde, e na construção desses espaços como espaços de intersubjetividades (MATUMOTO *et al*, 2005; BRASIL, 2007; COSTA *et al*, 2009; FARIA *et al*, 2009b).

A construção do vínculo se delinea através da temática humanização em saúde em que se volta ativamente para a presença do outro no espaço assistencial, valorizando a interação *eu-outro* nesses espaços (MATUMOTO *et al*, 2005; JARDIM & LANCMAN, 2009).

Outro aspecto significativo da prática na Saúde da Família se direciona para as políticas intersetoriais, essa estratégia tem papel fundamental na orientação das mesmas, pois é capaz de compreender quais estruturas necessitam ser transformadas e aproximadas, considerando a manutenção da vida saudável na comunidade (BRASIL, 2007; COSTA *et al*, 2009; FARIA *et al*, 2009b).

Da mesma maneira, essa estratégia é potencial articuladora das forças sociais locais, de modo a mobilizar a participação popular em defesa da qualidade de vida, a interagir com o governo local na busca de soluções para os seus problemas, potencializando a autonomia dos sujeitos nos seus modos de levar a vida (COSTA *et al*, 2009).

Na sua operacionalização, a Saúde da Família como prática fortalecedora da APS no Brasil, define-se como área estratégica para atuação em território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2007).

Nesse cenário, ao que se refere às ações para a saúde da mulher, a ESF apresenta-se como potencial para ampliar e qualificar a prevenção do câncer de colo de útero. Este estudo tem procedência de uma busca reflexiva e vivencial da autora ao identificar as deficiências existentes na prevenção do câncer de colo de útero pela APS/ESF, em seu cotidiano de atuação.

A problemática da prevenção do câncer cérvico-uterino na APS/ESF

É preocupante olhar para a atual disponibilidade dos serviços de saúde, em especial os serviços da Atenção Básica, que em muitos funcionam de forma fragmentada e desorganizada (MATUMOTO *et al*, 2005; JARDIM & LANCMAN, 2009; FARIA *et al*, 2009a), corroborando para a perpetuação de atitudes que distanciam essa prática de prevenção do público alvo feminino.

A prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero são de extrema relevância, pois esta neoplasia pode comprometer a qualidade de vida das mulheres em um estágio de sua existência em que elas, muitas vezes, estão estruturando sua vida familiar, profissional e social.

Já, em sua trajetória de formação acadêmica, a autora pode perceber a baixa adesão de populações estratégicas às ações de prevenção de agravos e promoção à saúde. Destacou-se dentre essas atividades a adesão pouco satisfatória do público alvo para a realização do exame de Papanicolau.

Ramos *et al* (2006), detectaram em seu estudo que em torno de 40% da população feminina brasileira nunca foi submetida ao exame preventivo do câncer de colo uterino. Mostram também que, segundo estudos do Ministério da Saúde (MS), aproximadamente apenas 7,7% das mulheres brasileiras, público alvo dessa ação tem a cobertura efetiva desse exame por programas governamentais.

O exame de Papanicolau foi descoberto na década de 1930, pelo Dr. George Papanicolau, conforme definição do MS no Caderno de Atenção Básica para Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama (2006), a definição para o exame de Papanicolau consiste em:

[...] no Brasil, a principal estratégia utilizada para a detecção precoce/ rastreamento do câncer de colo do útero é a realização da coleta de material para exames citopatológicos cervico-vaginal e microflora, conhecido popularmente como exame preventivo do colo do útero [...] (BRASIL, 2006a p. 58)

É preconizado que esse exame citopatológico seja realizado, como prioridade, em mulheres de 25 a 60 anos, uma vez ao ano (BRASIL, 2006a; COELHO & PORTO, 2009). O câncer de colo uterino pode ser prevenido, se for detectado precocemente, isso quer dizer que quando se fala em prevenção deste tipo de câncer estamos nos referindo a uma

prevenção secundária, uma vez que estaríamos interceptando, através dos diagnósticos, a evolução de possíveis lesões malignas (BRASIL, 2006a; COELHO & PORTO, 2009).

A autora, em sua prática cotidiana de trabalho na APS, por meio de coordenação de equipes de APS/ESF acrescentou suas percepções sobre os motivos que levavam essas mulheres a não adesão dessa prática de detecção precoce do câncer de cérvico-uterino.

Ela pôde identificar na busca ativa das mulheres faltosas às consultas incorporadas por esse exame, fatores como: problemas domésticos, motivos conjugais, desinformação sobre o exame, ausência de problemas ginecológicos, sentimentos de embaraço, vergonha ou desconforto físico, relação entre equipe de saúde e a mulher, medo em relação ao câncer e ao próprio exame e dificuldades de acesso.

Esses fatores convergem a resultados de demais estudos, como o de Fernandes *et al* (2009), Greenwood *et al* (2006) e Oliveira (2003) que atentam para os motivos que podem interferir na decisão da mulher em procurar ou não a realização da Prevenção do Câncer de Colo de Útero (PCCU).

Desde então, questionamentos sobre essa realidade de baixa adesão a realização do exame de Papanicolau, foi questão motivadora à autora, para a compreensão do contexto e dos fatores que condicionavam essa realidade.

Pois, conseqüências agravantes desse comportamento feminino refletem no estado de saúde dessa população, relacionando-se a permanência e aumento de índices como a incidência de câncer cérvico-uterino e a mortalidade relacionada a esse agravo.

O câncer de colo de útero ainda é um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, pois apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de nível socioeconômico baixo e em fase produtiva de suas vidas (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007; COELHO & PORTO, 2009).

Infelizmente essas afirmações acima é palco em todas as regiões do Brasil e essa situação obriga-nos a refletir sobre a temática da assistência integral à mulher. É assustador a incidência desta neoplasia, mesmo diante dos avanços tecnológicos e da evolução da capacitação dos profissionais da saúde. Compreende-se então que a baixa adesão da realização do exame Papanicolau está marcada por determinações de diferentes naturezas: social, cultural e econômico.

Estas mulheres, uma vez doentes, ocupam leitos hospitalares, o que compromete seu papel no mercado de trabalho, privando-as do convívio familiar e acarretando um prejuízo social considerável.

No Brasil, para o ano de 2006, foram estimados 48.930 casos novos de câncer de mama feminino e 19.260 casos novos de câncer do colo do útero (BRASIL, 2006a). É considerado o tumor mais incidente na região Norte, o segundo tumor mais incidente nas regiões Sul, Centro Oeste e Nordeste e o terceiro mais freqüente na região Sudeste (WOLSCHICK *et al*, 2007).

Segundo Greenwood, Machado & Sampaio (2006), os fatores de risco para esse tipo de câncer são bem conhecidos: início precoce de atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, desnutrição, tabagismo e infecção pelo HPV (Vírus do Papiloma Humano), baixas condições sócio-econômicas, *déficit* de higiene, uso prolongado de contraceptivos orais, história de infecções sexualmente transmitidas. Já Pinho & França-Junior (2003) observam que as mulheres com maior risco para desenvolver câncer de colo uterino são aquelas com menor acesso aos serviços e programas de saúde.

De acordo com Carvalho, Tonani & Barbosa (2005), possibilidades de prevenção e controle têm crescido nas últimas décadas, na medida em que se amplia o conhecimento dos fatores de risco da doença.

É uma doença de crescimento lento e silencioso. Existe uma fase pré-clínica, sem sintomas, com transformações intra-epiteliais progressivas importantes. A detecção dessas possíveis lesões precursoras é realizada através do exame Papanicolau do colo do útero. Progredir lentamente, por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, se não impossível. Nessa fase os principais sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor (BRASIL, 2006a; COELHO & PORTO, 2009).

Por não apresentar sintomas na sua fase inicial, seu diagnóstico normalmente é realizado tardiamente, quando se encontra em estágio avançado da doença, quando as possibilidades terapêuticas e a sobrevida já não são animadoras. Nesta fase, inúmeras vezes, os efeitos são marcantes, podendo até mesmo interromper a vida dessas mulheres (SOARES, 2007; COELHO & PORTO, 2009).

Nesse sentido, a implementação das práticas de saúde para PCCU representam um importante problema de saúde pública e um desafio para sua efetivação no cotidiano de trabalho das equipes de Atenção Básica e/ou ESF (OLIVEIRA, 2003; GREENWOOD *et al* 2006; BRASIL, 2006a; OLIVEIRA *et al*, 2006; OLIVEIRA & PINTO, 2007; COELHO & FRANCO, 2009; VERÍSSIMO *et al*, 2009).

Baseado nessas informações vê-se a necessidade de uma pró-atividade na organização dos serviços de saúde, em especial os serviços da APS, que busquem melhor adesão das mulheres.

No cotidiano de trabalho das equipes de saúde, evidencia-se que a vulnerabilidade da técnica de coleta do exame e preparação da lâmina, além de resultados não padronizados, que podem acarretar interpretações subjetivas e errôneas pelos profissionais, diminuindo ainda mais a credibilidade da população nesse procedimento (MARTINS, THULER & VALENTE, 2005)

Devido aos casos de erros e até mesmo extravio do material coletado, é importante manter o registro dos dados referentes à coleta (data da coleta, nome da usuária, número do prontuário, observações clínicas relativas à inspeção do colo, inclusive do Teste de Schiller e da citologia) pela equipe de saúde (BRASIL, 2006a; COELHO & PORTO, 2009).

Sugere-se, para manter esse controle das usuárias, incluindo a relação das datas de retorno, a organização de um arquivo rotativo que contenha dados básicos em relação à anamnese e exame clínico da genitália. A existência do arquivo permite o agendamento nos prazos preconizados pelo MS e a busca ativa das faltosas (BRASIL, 2006a; COELHO & PORTO, 2009).

A complexidade do controle dessa patologia vinculada à qualidade de vida das mulheres, pressupõem a importância fundamental de elaboração e implementação de Políticas Públicas na APS. Essas políticas devem buscar enfatizar a atenção integral à saúde da mulher e garantir ações relacionadas ao controle do câncer do colo do útero como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do país (BRASIL, 2006a).

É notável a grande necessidade de se ter um olhar mais direcionado a essas questões, buscando uma assistência integralizada e ainda conscientizar as mulheres sobre a importância da realização do exame Papanicolau e da gravidade do câncer de colo de útero. O cenário da APS, através da ESF, vivenciando uma reestruturação do processo de trabalho dos profissionais da saúde e dos serviços de saúde será o palco perfeito para alcançar a eficácia e eficiência das ações assistenciais prestadas no dia-a-dia (FERNANDES *et al* 2009).

Do PAISM à incorporação do PCCU na Estratégia Saúde da Família

Embora as ações de prevenção de câncer de colo de útero tenham aumentado nos últimos anos, elas tem sido insuficientes para minimizar a tendência de mortalidade das mulheres por esta neoplasia (SOARES, 2007; COELHO & PORTO, 2009).

Em algumas regiões do país, o diagnóstico tardio está relacionado a fatores como a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e ações de saúde, a baixa capacitação dos profissionais envolvidos na atenção oncológica, principalmente em municípios de pequeno e médio porte (OLIVEIRA, 2003; OLIVEIRA *et al*, 2006; OLIVEIRA & PINTO, 2007; GREENWOOD *et al* 2006; BRASIL, 2006a; COELHO & PORTO, 2009; FERNANDES *et al*, 2009).

Há ainda a dificuldade dos gestores municipais e estaduais em definir um fluxo assistencial que permita o manejo e o encaminhamento adequado dos casos suspeitos para investigação a outros níveis do sistema de saúde (COELHO & PORTO, 2009).

O MS descreve suas estratégias Políticas e Tecnológicas na abordagem dessa temática:

[...] Considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a “*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*” (PNAISM), em parceria com diversos setores da sociedade, com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Essa Política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades [...] (BRASIL, 2006a p13).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi elaborado em 1983 e publicado em 1984, pelo MS. Trata-se de um documento histórico que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde, com ênfase em aspectos de saúde reprodutiva, mas com

propostas de ações dirigidas à atenção integral das necessidades prioritárias da população feminina, significando uma ruptura com o modelo materno-infantil.

Enquanto diretriz filosófica e política, incorporou também, como rumos norteadores, a idéia de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, incluindo a integralidade e equidade de atenção (BRASIL 2004; BRASIL, 2006b).

Além disso, propôs novas formas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as usuárias, apontando para a apropriação, pela própria clientela, de um maior controle sobre sua saúde, seu corpo e sua vida, e preconizando, no âmbito da integralidade a assistência clínico-ginecológica e educativa em pré-natal, parto e puerpério, DST (Doença Sexualmente Transmissível), câncer de colo de útero e de mama e em planejamento familiar. Contemplou, dessa forma, uma abordagem geracional da mulher em todas as fases da vida, desde a adolescência até a terceira idade (BRASIL, 2004).

Conforme os manuais técnicos do Ministério da Saúde de 2004 e 2006, a PNAISM é uma construção conjunta que respeita a autonomia dos diversos parceiros – entes fundamentais para a concretização das políticas – enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social. De acordo com o Instituto Nacional de Controle do Câncer (INCA), as mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do SUS.

Em 1997, o MS e o INCA iniciaram um projeto piloto de controle do Câncer de Colo de Útero a partir de Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e em todo estado do Sergipe. No mesmo período, o Programa foi estendido a todo o país através de campanha nacional, pela primeira vez incluindo o estado de Minas Gerais (BICALHO & ALEIXO, 2002; BRASIL, 2004).

Para impedir o avanço da doença no Brasil, o Programa Viva Mulher desenvolve ações dirigidas às mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos. Desde então, a Coordenação do Programa vem implementando ações de prevenção secundária (BICALHO & ALEIXO, 2002).

O Viva Mulher, com ações assistenciais direcionadas ao PCCU surgiu como complemento ao PAISM, que disponibiliza uma assistência integral à saúde da mulher. Martins, Thuler & Valente (2005) informam que a partir daí tem se observado uma crescente ampliação da oferta do exame Papanicolau no país.

O Programa Viva Mulher foi implementado com a finalidade de criar uma rede nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama, dentro do contexto do SUS, integrando-a aos diversos segmentos e grupos organizados da sociedade. As principais

diretrizes do programa são motivar a mulher a cuidar de sua saúde, reduzir as desigualdades no acesso à rede de saúde, melhorar a qualidade do atendimento e aumentar a eficiência da rede de controle do câncer, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; MARTINS, THULER & VALENTE, 2005).

As estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero têm como objetivos reduzir a incidência e a mortalidade por esta neoplasia, e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esse tipo de câncer, por meio de ações de prevenção, oferta de serviços de rastreamento para detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres (BRASIL, 2006a).

Diversas ações foram realizadas ao longo dos últimos anos com o objetivo de hierarquizar a rede de assistência à saúde, estabelecer normas e diretrizes, garantir o financiamento das ações e consolidar parcerias, que foram fundamental para a implementação do Programa Viva Mulher em todo o país, conforme os dados: 1995 - O governo brasileiro participa da VI Conferência Mundial sobre a Mulher, na China, e assume o compromisso de desenvolver um programa de âmbito nacional visando o controle do câncer do colo do útero no país; 1996 - Desenvolvimento de um Projeto Piloto para rastreamento do câncer do colo do útero, por meio da oferta do exame Papanicolau, tendo em vista a inexistência de experiência prévia na implantação de programas nacionais de prevenção secundária e as marcadas diferenças socioeconômicas observadas no país; 1997 - Implantação do Projeto Piloto Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, para a faixa etária de 35 a 49 anos de idade, a partir do primeiro semestre de 1997, em seis localidades brasileiras (BRASIL, 2004; BRASIL 2006b).

No caso do PCCU, além de um programa de rastreamento, capacitação dos recursos humanos, organização dos recursos materiais e físicos, é necessário que ocorra a divulgação de informações prévias e orientação para as diferentes camadas da população, principalmente para as camadas mais simples. A desinformação é uma barreira para o sucesso de qualquer projeto que objetive contemplar grandes populações (OLIVEIRA, 2003; MARTINS, THULER & VALENTE 2005; OLIVEIRA *et al*, 2006; OLIVEIRA & PINTO, 2007).

As práticas do PCCU, ainda hoje, representam um importante desafio de Saúde Pública. As razões para explicar este problema são as mais variadas, entre elas, os fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais, bem como a própria organização dos serviços públicos de saúde (OLIVEIRA, 2003; OLIVEIRA *et al*, 2006; OLIVEIRA *et al*, 2007 OLIVEIRA & PINTO, 2007; FERNANDES *et al* 2009).

A organização de um sistema de saúde único, de fácil acesso, igualitário e com qualidade é uma incessante luta para sua elaboração e construção. É dito por muitos que o conceito de saúde é simplesmente ausência de doença, e sabe-se que não é tão simples assim, pois envolve as questões sociais, econômicas e emocionais, necessitando uma adequação dos serviços de saúde à nova modalidade de cuidado (BRASIL, 2004; MATUMOTO, 2005; OLIVEIRA, 2007; PINTO, 2007).

A visão por este ângulo mostra a necessidade do comprometimento dos profissionais da saúde, dos gestores municipais e usuários do sistema na busca por uma melhor qualidade no processo de trabalho, visando melhorar a qualidade de vida da população (SOARES, 2007; FERNANDES *et al* 2009; SOARES *et al*, 2010).

Conforme Oliveira, 2003; Oliveira *et al*, 2006; Oliveira & Pinto, 2007, a PCCU é um tema muito amplo que pode ser idealizado ou pensado de várias formas, entre elas pela própria competência dos profissionais em realizar práticas assistenciais, em que o objeto de trabalho é o ser humano; o próprio processo saúde-doença; a organização dos serviços de saúde e a percepção/sentimentos da mulher em relação ao exame, bem como sua situação social, econômica e cultural.

De acordo com Oliveira & Pinto (2007), o INCA, através do MS organizou um consenso sobre o PCCU no Brasil, orientando as seguintes normas: a) oferecer rastreamento com o teste de Papanicolau a mulheres a partir dos 18 anos de idade ou com vida sexual ativa em qualquer idade; b) a periodicidade do rastreamento será a cada três anos, após dois exames normais consecutivos com intervalo de um ano; c) mulheres em grupos de risco (mulheres portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas) devem realizar o rastreamento anualmente e d) mulheres histerectomizadas por outras razões, que não o câncer do colo do útero, não deve ser incluídas no rastreamento. Através desse consenso ocorreu diminuição da mortalidade por câncer de colo de útero.

No estudo realizado por Soares (2007), foi identificado que mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero nunca realizaram o exame Papanicolau ou nem mesmo obedeceram ao intervalo preconizado pelo MS para a realização do exame com vistas à prevenção da doença. E, que os serviços de saúde ainda estão mais voltados para agravos imediatos evidenciados na queixa da clientela, afastando-se da atenção integral.

Diante do exposto, é necessário aprofundar em mais pesquisas sobre o PCCU, como forma de tentar compreendê-lo e propor intervenções relativas a esta neoplasia, de acordo com a realidade social da mulher brasileira. Vale destacar que este grave problema de saúde pública nos traz certa inconformidade, quando mulheres ainda jovens são assistidas e algumas morrem vitimadas por esta doença.

Pinho & França-Júnior (2003) analisaram pontos relacionados às medidas de prevenção e controle do câncer cervical quanto à efetividade do teste de Papanicolau, a lógica operacional e científica por detrás das políticas públicas de prevenção e a cobertura do teste em países norte-americanos, europeus e na América Latina.

Durante o estudo observou-se que não há uma homogeneidade de ações e recomendações a respeito da melhor estratégia a ser seguida pelos programas de rastreamento, cabendo aos diferentes países e regiões adaptá-las segundo as necessidades epidemiológicas e sociais de cada região e da disponibilidade de recursos financeiros.

Em estudos realizados em países europeus, como a Itália e Inglaterra, com a população usuária de serviços de saúde, a prevalência observada na realização do exame alguma vez na vida foi de 53% entre usuárias italianas, e de 77% entre usuárias inglesas. Nos países latinos, foram relatadas prevalências mais baixas (30%) na realização do exame Papanicolau pelo menos uma vez na vida. No Brasil, seis estudos foram identificados no período de 1989 a 1999, sendo que apenas três foram realizados com uma amostra aleatória de base populacional (BRASIL, 2006a).

Há poucos dados provenientes de estudos epidemiológicos realizados com uma amostra representativa da população feminina brasileira, que sugerem além da cobertura ser relativamente deficiente, ela está distribuída desigualmente entre a população usuária, com a realização do exame Papanicolau concentrando-se, geralmente, entre os grupos de menor risco para o câncer de colo de útero (BRASIL, 2006a; COELHO & PORTO, 2009).

Além disso, tais diferenças persistem, inclusive, em países desenvolvidos, cuja cobertura global do exame Papanicolau é relativamente alta, aproximando-se daquela preconizada pela OMS, segundo a qual uma cobertura de 5% já produziria algum impacto no quadro epidemiológico do câncer cérvico-uterino (BRASIL, 2006b; COELHO & PORTO, 2009; FERNANDES *et al* 2009).

Na tentativa de identificar as origens dessas diferenças no acesso e utilização do exame, analisaram vários estudos epidemiológicos, onde observaram o perfil das usuárias, concluindo que suas características e comportamentos individuais agiram como facilitadores ou como barreiras de acesso aos serviços de saúde. Destacaram que é fundamental o estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas, o reconhecimento das mulheres como sujeitos ativos rumo à conquista de seu bem-estar.

Conquista esta que pode ser alcançada através do envolvimento da comunidade com o planejamento e execução das ações dos serviços de saúde, realizada pela estratégia

da APS. A APS, representada pela ESF, é a porta de entrada dos serviços de saúde, é uma abordagem tecnológica específica, que trabalha com necessidades básicas de saúde (OLIVEIRA, 2003; OLIVEIRA *et al*, 2006; OLIVEIRA & PINTO, 2007). A ESF atua com uma proposta de reorientação do modelo tecno-assistencial, centrado na promoção da saúde do indivíduo/família/comunidade (BRASIL, 2007).

Uma mudança de comportamento entre a população feminina seria bastante relevante para uma considerável melhora e direcionamento do processo de assistência prestado pelos profissionais da saúde.

Soares (2007), em sua pesquisa realizada no estado de São Paulo, relata que a integralidade da assistência prestada à mulher brasileira que se busca e que se sonha vai além da implantação de políticas públicas. Essa integralidade pode ser entendida como eixo prioritário nas ações de cuidado às mulheres, eliminação das barreiras de acesso entre os diferentes níveis de atenção, atendimento às necessidades de saúde específicas das mulheres nos âmbitos locais e regionais e comprometimento de todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde.

Apontar como os serviços de saúde se encontra nos dias de hoje em se tratando da assistência à saúde da mulher, é fator estimulante para a realização e construção deste estudo.

Para tanto, o estudo visa propor estratégias educativas mais efetivas para atuação dos trabalhadores de saúde da estratégia saúde da família, que considere a abordagem mais resolutiva na prevenção do câncer de colo de útero.

De acordo com Soares (2007) e Soares *et al* (2010), o MS tem proposto uma política de ações para o fortalecimento de um modelo de atenção que busque, por meio de estratégias de promoção e prevenção, o atendimento ao princípio da integralidade da assistência. Porém, é importante considerar que a OMS afirma serem os atuais sistemas de saúde insuficientes para atender às necessidades da maior parte da população mundial.

Reconhece ainda, que esses sistemas necessitam passar por profundas mudanças, substituindo os atuais serviços com tecnologias sofisticadas e de altíssimos custos, por outros mais acessíveis a todos. Assim, ao se olhar para o universo feminino, para a forma como as políticas de saúde estão sendo construídas para o atendimento à população de mulheres para o PCCU, as questões colocadas pela OMS ganham sentido.

A autora afirma ainda que, contudo, a Prevenção do Câncer de Colo de Útero (PCCU) é relativamente de baixo custo, quando se leva em consideração os custos. Além disso, a maioria dos problemas da população não depende diretamente de alta tecnologia

para sua prevenção ou controle, mas do compromisso e responsabilidade pelos profissionais da saúde, quanto ao seu papel de educadores e formadores de uma consciência sanitária nas mulheres, incentivando-as à prática do exame Papanicolau e fortalecendo sua participação social no processo.

Para Soares (2007) e Soares *et al* (2010), a ESF apresenta uma estratégia de assistência que valoriza os princípios de territorialização, de formação de vínculo com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção de saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, entre outros, consolidando assim os princípios fundamentais do SUS, como a universalização, descentralização, integralidade, acessibilidade e equidade.

A APS, que é representada pela ESF, facilita e incentiva as possibilidades de repensar a estratégia do processo de trabalho, que se bem planejada e elaborada pelos gestores públicos, profissionais das equipes de saúde da família e comunidade, apresenta potencialidades para qualificar a assistência, e com isso, certamente qualificaria também algumas necessidades básicas relacionadas à saúde da mulher, por exemplo, a PCCU, já que o cuidado à saúde da mulher é uma questão essencial no primeiro nível de atenção (OLIVEIRA, 2003; OLIVEIRA *et al*, 2006; OLIVEIRA & PINTO, 2007; FERNANDES *et al*, 2009).

Como já foi enfatizado o PCCU é um grave problema de saúde pública e é considerado uma das prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Devido a isso foi incluído no PACTO PELA SAÚDE 2006 com o objetivo de contribuir na redução dos índices de morbimortalidade por esta neoplasia.

Conforme Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, foi criado o PACTO PELA SAÚDE 2006, que é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão – União, estados e municípios – com o objetivo de promover inovações nos processos e nos instrumentos de gestão, visando a alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade das respostas do SUS. O Pacto redefine as responsabilidades de cada gestor, em função das necessidades de saúde da população, e a busca da equidade social (BRASIL, 2006b).

Os gestores do SUS assumem o compromisso público que o Pacto pela Saúde será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Estas prioridades são expressas em objetivos e

metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Entre as seis prioridades pactuadas está incluído o Controle do Câncer de Colo de Útero (BRASIL, 2006b).

No âmbito do SUS, a APS envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais. Ela busca resolver os problemas de saúde mais freqüentes e de maior relevância para a população. Com a proposta do Pacto pela Saúde, a organização da APS tem como principal estratégia o fortalecimento da Saúde da Família, que é importante para a ampliação e a promoção da integralidade (RADOMSKY & SCHNEIDER, 2007; FERNANDES *et al* 2009).

Diante dessas considerações, a APS/ESF é cenário principal para a efetivação da PCCU em busca da equidade da atenção e defesa da vida das mulheres brasileiras.

O Diagnóstico Situacional de Saúde do município de Novo Cruzeiro/MG

As informações referentes a caracterização do Município de Novo Cruzeiro e a Organização da APS dessa localidade, são inerentes ao Portfólio do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.

De acordo com Corrêa *et al* (2009):

[...]O portfólio consiste numa coleção de documentos (textos simples ou estruturados – resumo, pôster, relatório, etc.), produtos de atividades orientadas e realizadas ao longo das disciplinas [...] Deve ser uma síntese formativa e avaliativa, a partir da reflexão sobre as atividades realizadas. Uma utilização especial do portfólio é a constituição de uma base de dados a partir da qual o aluno irá construir seu Trabalho de Conclusão Final (CORRÊA *et al*, 2009 p 43).

Dessa maneira, os conteúdos seguintes abordados referentes a essa temática, representam marco no desenvolvimento do processo educativo da autora, no desenvolvimento das atividades do curso de especialização.

O município de Novo Cruzeiro pertence a região Noroeste de Minas Gerais, microrregião de saúde de Araçuaí e a Regional de Saúde de Teófilo Otoni. Apresenta estimativa populacional em 2009 de 31.319 habitantes, com unidade territorial de 1701 km²(IBGE, 2004). Possui rendimento médio mensal por habitante de R\$350,33 (Trezentos e cinquenta reais e trinta e três centavos), 38,5% da população foi declarada sem rendimento, 23,9% da população apresentam rendimento menor que um salário mínimo ao mês e 0,4% dessa população apresentam renda mensal igual ou maior que 10 salários mínimos (IBGE, 2004). Possui IDH de 0,6 e 61,64% da população de 15 anos ou mais com menos de 4 anos de estudo, 7,5% das mulheres são chefes de família sem cônjuge com filhos menores de 15 anos, 6,07% das mulheres de 15 a 17 anos apresentam filhos, conforme Atlas de Desenvolvimento Humano Brasileiro (IBGE, 2004).

A origem do topônimo Novo Cruzeiro se prende à denominação que foi dada à moeda nacional em 1942, sendo resultado de uma proposta feita neste sentido pelo cidadão Olímpio Alves, e aceita unânimamente, numa reunião íntima que se realizou no local, para escolha do nome que seria dado ao novo município.

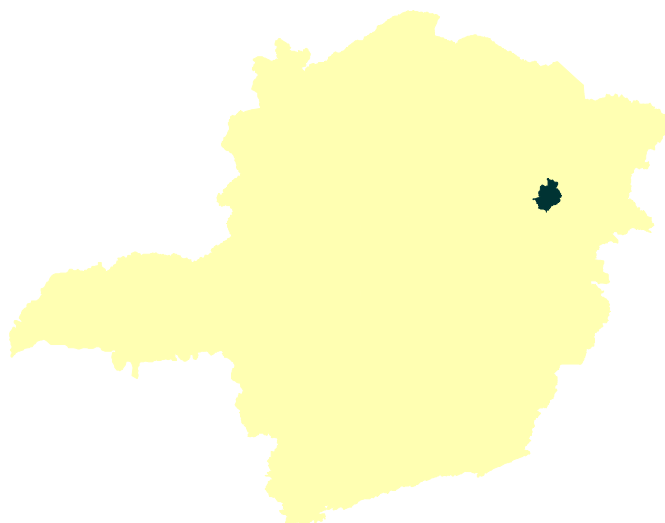


Figura 1. Georeferenciamento Município de Novo Cruzeiro/MG

Os primeiros habitantes da região foram os latifundiários, entre eles está Joaquim Esteves da Silva Pereira, cuja vasta propriedade, em 1880, se estendia até as afastadas terras pertencentes ao então município de Araçuaí. Sabe-se que o povoado que deu origem à atual cidade de Novo Cruzeiro foi fundado em 1917, com a construção da capela de São Bento, por ordem do frei Serafim Gomes Jardim, surgindo, em torno dela, pouco depois, as primeiras moradias, todas de aspecto rústico e edificadas em terreno pertencente à igreja. A primeira missa se realizou em 1922. Anteriormente já existia na região o povoado denominado Asvessas, fundado em 1880 pelo desbravador Honório de Souza. Em 1924, foi inaugurada, com grande júbilo, a estação de São Bento. Os que nascem em Novo Cruzeiro são chamados de novocruzeirenses (IBGE, 2004).

Em 1943, emancipa-se, passando a município. Está inserido na região nordeste do estado de Minas Gerais, no vale do rio Jequitinhonha. É limitado a oeste pelos municípios de Minas Novas, Chapada do Norte e Jenipapo de Minas, ao sul por Angelândia e Ladainha, a leste por Itaipé e Carai e ao norte por Araçuaí. A sede municipal está situada a 930 m de altitude e distante 559 km de Belo Horizonte. A principal rodovia municipal é a MG-214. A área municipal é de 1.701 km².

A população registrada no censo de 2000 foi de 30.302 habitantes, com 8.378 (27,5%) residentes na sede municipal. A densidade demográfica é de 17,8 hab/km² e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) é 0,629. A sede do município possui infra-estrutura de água e esgoto.

Com relação a distribuição demográfica da população, por sexo e faixa etária, conforme demonstra a Tabela 1, a maior parte da população concentra-se na faixa etária economicamente produtiva, entre 15 a 39 anos, destacando-se a faixa etária de 20 a 29 anos. A razão de sexo é de 101 homens para cada 100 mulheres, sendo que essa razão se diferencia com o aumento da proporção de mulheres em relação aos homens a partir da faixa etária dos 50 anos, sendo relevante a razão de sexo entre os idosos (pessoas acima de 60 anos) caracterizada por 72 idosos para cada 100 idosas.

Tabela 1. Distribuição demográfica da população de Novo Cruzeiro, segundo sexo e faixa etária, 2009.

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	360	345	705
1 a 4	1.486	1.426	2.912
5 a 9	1.856	1.739	3.595
10 a 14	1.703	1.591	3.294
15 a 19	1.587	1.509	3.096
20 a 29	2.978	2.686	5.664
30 a 39	1.757	1.622	3.379
40 a 49	1.381	1.435	2.816
50 a 59	1.051	1.190	2.241
60 a 69	777	1.012	1.789
70 a 79	514	718	1.232
80 e +	221	372	593
Ignorada	-	-	-
Total	15.671	15.645	31.316

Fonte: IBGE/Censo projeções 2009

Em relação as características ambientais do município, representadas pela tabela 2,3 e 4, observa-se um aumento na rede geral de abastecimento de água entre os anos de 1991 e 2000, em especial a transição do fornecimento de água de poços e nascentes para a modalidade rede geral.

Já, a maior parte da população declara não ter instalações sanitárias, mesmo para o ano 2000, apesar de se observar um aumento na rede geral de esgoto pluvial de 6,6% da população para 16,4%.

Com relação ao destino do lixo 41,4% da população queimam o lixo enquanto apenas 16,8%, no ano 2000, declararam ter lixo coletado.

Tabela 2. Distribuição do tipo de abastecimento de água por moradores em Novo Cruzeiro, 1991 e 2000.

Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água			
Abastecimento Água	1991	2000	
Rede geral	14,3	28,3	
Poço ou nascente (na propriedade)	76,3	47,2	
Outra forma	9,4	24,5	

Fonte: IBGE/Censos 1991 e 2001

Tabela 3. Distribuição por tipo de instalação sanitária por moradores em Novo Cruzeiro, 1991 e 2000.

Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária			
Instalação Sanitária	1991	2000	
Rede geral de esgoto ou pluvial	6,6	16,4	
Fossa séptica	0,3	2,0	
Fossa rudimentar	20,9	20,5	
Vala	2,0	2,1	
Rio, lago ou mar	-	3,7	
Outro escoadouro	4,1	1,4	
Não sabe o tipo de escoadouro	0,0	-	
Não tem instalação sanitária	66,1	53,9	

Fonte: IBGE/Censos 1991 e 2000

Tabela 4. Distribuição por tipo de Destino do Lixo por moradores em Novo Cruzeiro, 1991 e 2000

Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo			
Coleta de lixo	1991	2000	
Coletado	6,8	16,8	
Queimado (na propriedade)	4,6	41,4	
Enterrado (na propriedade)	0,0	1,2	
Jogado	13,7	33,4	

Outro destino 74,8 7,1

Fonte: IBGE/Censos 1991 e 2000

Quanto aos estabelecimentos de saúde, a tabela 5 apresenta que em 2007 o município continha 7 Unidades Básicas de Saúde.

Tabela 5. Distribuição de Unidades de Saúde por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento, Novo Cruzeiro, 2009.

Número de unidades por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento						
Dez/2009						
Tipo de estabelecimento	Público	Filantropi co	Privado	Sindicato	Total	
Centro de parto normal	-	-	-	-	-	
Centro de saúde/unidade básica de saúde	7	-	-	-	7	
Central de regulação de serviços de saúde	-	-	-	-	-	
Clinica especializada/ambulatório especializado	-	-	-	-	-	
Consultório isolado	2	-	2	-	4	
Cooperativa	-	-	-	-	-	
Farmácia	-	-	-	-	-	
Hospital especializado	-	-	-	-	-	
Hospital geral	-	1	-	-	1	
Hospital dia	-	-	-	-	-	
Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN	-	-	-	-	-	
Policlínica	1	-	-	-	1	
Posto de saúde	-	-	-	-	-	
Pronto socorro especializado	-	-	-	-	-	
Pronto socorro geral	-	-	-	-	-	
Secretaria de saúde	-	-	-	-	-	
Unidade autorizadora	-	-	-	-	-	
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	-	-	2	-	2	
Unidade de saúde da família	-	-	-	-	-	
Unidade de vigilância em saúde	-	-	-	-	-	
Unidade de vigilância epidemiologia (antigo)	-	-	-	-	-	
Unidade de vigilância sanitária (antigo)	-	-	-	-	-	

	-	-	-	-	-
Unidade mista	-	-	-	-	-
Unidade móvel de nível pré-hospitalar urgência/emergência	-	-	-	-	-
Unidade móvel fluvial	-	-	-	-	-
Unidade móvel terrestre	-	-	-	-	-
Pronto socorro de hospital geral (antigo)	-	-	-	-	-
Pronto socorro traumato-ortopédico (antigo)	-	-	-	-	-
Tipo de estabelecimento não informado	-	-	-	-	-
Total	10	1	4	-	15

Fonte: CNES,2009

As tabelas 6 e 7 representam o perfil de mortalidade do município em estudo. Observa-se que a segunda maior causa de mortalidade está relacionada as neoplasias. As mortes por neoplasia maligna de colo uterino é de 6,6 para cada 100.000 mulheres para o ano de 2006. Para o estado de Minas Gerais, no mesmo período, a mortalidade de mulheres por câncer de colo do útero foi de 5,4 e para o Brasil de 4,8. Sendo, dessa maneira, expressiva essa mortalidade para o município de Novo Cruzeiro, estando maior que a prevalência estadual e nacional. Essas informações expressam a problemática percebida pela autora no enfrentamento dessa patologia e na implementação de PCCU de forma efetiva na rede de serviços de saúde.

Tabela 6. Distribuição de mortalidade proporcional por faixa etária segundo grupo de causas CID-10, Novo Cruzeiro, 2006.

Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10										
2006										
Grupo de Causas	Men or 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	-	-	12,2	6,7	-	-	4,9
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	25,0	-	7,3	13,3	14,6	14,8	10,4
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	25,0	-	19,5	40,0	41,7	40,7	28,5
X. Doenças do aparelho respiratório	16,7	100,0	-	-	-	4,9	3,3	12,5	11,1	9,0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	61,1	-	-	-	-	-	-	-	-	7,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	25,0	100,0	34,1	6,7	2,1	1,9	13,9

Demais causas definidas	22,2	-	-	25,0	-	22,0	30,0	29,2	31,5	25,7
Total	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIM/DATASUS/2006

Tabela 7. Distribuição de coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas por 100.000 habitantes, Novo Cruzeiro, 2006.

Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes)							
Causa do Óbito	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Aids	-	-	-	3,3	-	-	6,6
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	-	-	-	6,6	-	-	-
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulheres)	-	-	-	-	6,6	-	6,6
Infarto agudo do miocárdio	-	6,6	6,6	9,9	6,6	16,5	13,2
Doenças cerebrovasculares	9,9	23,0	26,3	39,5	39,6	36,3	33,1
Diabetes mellitus	-	3,3	9,9	-	3,3	3,3	13,2
Acidentes de transporte	-	6,6	3,3	6,6	6,6	9,9	19,8
Agressões	-	16,4	16,5	9,9	33,0	36,3	23,2

Fonte: SIM/DATASUS/2006

Em relação ao modelo assistencial de organização da APS a tabela 8 aponta que a forma preferencial de organização é através da Estratégia Saúde da Família, e a evolução dessa estratégia atinge por volta de 100% da população residente do município de Novo Cruzeiro. Com relação à saúde suplementar, em dezembro de 2009, 355 pessoas desse município declararam possuir convênios para assistência médica (DATASUS,2009). Essa informação revela que a maioria da população residente é dependente do SUS para os serviços assistenciais em saúde.

Tabela 8. Distribuição da cobertura assistencial na APS pela Estratégia Saúde da Família segundo número de ACS, de equipes e percentagem de cobertura populacional, Novo Cruzeiro, 2009.

Ano	População	ACS	ESF	Estimativa da População coberta (ESF)	Proporção de cobertura populacional estimada (ESF %)
2001	30.402	43	6	20.700	68,09
2002	30.402	70	8	24.150	79,44

2003	30.391	70	8	27.600	90,82
2004	30.362	74	5	17.250	56,81
2005	30.362	15	2	6.900	22,73
2006	30.271	63	7	24.150	79,78
2007	30.238	52	6	20.700	68,46
2008	30.238	68	8	27.600	91,28
2009	31.264	68	8	27.600	88,28

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE/2009

O diagnóstico de saúde do município de Novo Cruzeiro/MG evidencia as reflexões da autora sobre a necessidade de implementação das ações de PCCU, fortalecidas através da estratégia Saúde da Família.

Isso se deve a características locais desse município como as condições socioeconômicas de baixo poder aquisitivo e desenvolvimento educacional, aspectos sanitários precários, além de taxa de mortalidade por câncer de colo uterino ser elevada quando comparada ao estado de Minas Gerais e a taxa do Brasil. São considerados como fatores associados ao desenvolvimento do câncer do colo do útero a baixa condição socioeconômica, baixa escolaridade, ambiente de limpeza precária e higienização íntima inadequada, dentre outros (BRASIL, 2006a).

Outro aspecto se revela na razão de sexo, em que pode haver uma cultura machista repressiva ocultada nas relações subjetivas e intrafamiliares, servindo como barreira para aproximação das mulheres de práticas de saúde que necessitem da exposição de seus órgãos sexuais e abordagem de questões do foro íntimo feminino.

Entretanto, a elevada cobertura da ESF a população local, como a presença de 8 Unidades Básicas de Saúde é fator positivo para o acesso e fortalecimento das práticas do PCCU.

Nesse sentido, o presente estudo objetiva descrever o perfil das mulheres que realizam o exame de Papanicolau nas equipes da Estratégia Saúde da Família do Município de Novo Cruzeiro/Minas Gerais, para que a partir desse levantamento, estratégias mais focalizadas ao público feminino, direcionadas à realidade local, sejam elaborados no sentido da construção de um modo de levar a vida em busca da defesa da vida e de projetos terapêuticos humanizadores.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever o perfil das mulheres que realizam o exame de Papanicolau nas equipes da Estratégia Saúde da Família do Município de Novo Cruzeiro/Minas Gerais.

Objetivos Específicos

Realizar análise epidemiológica sobre a realização do exame de Papanicolau no município de Novo Cruzeiro/Minas Gerais;

Caracterizar a população feminina conforme aspectos sociodemográficos e clínicos sobre a realização do exame de Papanicolau;

Apontar as características que definem a população feminina que realiza exames de papanicolau no município de Novo Cruzeiro/Minas Gerais.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico, transversal referente as características da população que realizam exame de Papanicolau no município de Novo Cruzeiro/MG.

Os dados propostos para a análise deste estudo foram obtidos do Sistema de Informação Do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), conforme definição do MS:

[...] é o Sistema de Informática oficial, utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame, referentes ao programa de controle de colo do útero no Brasil. É composto por dois módulos operacionais: o módulo laboratório – registra os dados referentes aos procedimentos de citopatologia, histopatologia e monitoramento externo da qualidade – e o módulo coordenação, registram as informações das mulheres que realizam o exame (BRASIL, 2006a p. 87).

As informações pertencentes a esse sistema referem-se a ficha de requisição de exame citopatológico (APÊNDICE I) associada as informações da ficha de acompanhamento do resultado do exame citopatológico. Essas fichas contêm dados sociodemográficos e clínicos das mulheres que realizaram o exame Papanicolau.

A análise partiu do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), www.datasus.gov.br, do SISCOLO versão 4.0 por apresentar informações sociodemográficas em seus registros. Vale ressaltar que essa versão disponibiliza dados a partir do ano de 2006.

Além do mais, foram utilizadas do DATASUS as informações demográficas e socioeconômicas para o município de Novo Cruzeiro/MG, pela população residente contabilizada pelos Censos e suas estimativas.

No cálculo de cobertura assistencial foi utilizado o parâmetro proposto pelo Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais (MINAS GERIAS, 2009). O PDAPS prevê um dimensionamento quantitativo de mulheres que realizam exame de Papanicolau ao ano de 33% das mulheres da faixa etária de 25 a 59 anos.

Quanto a estatística descritiva foi utilizado a distribuição de freqüências absolutas (n) e em porcentagem (%), como medidas de dispersão através da média, do desvio padrão (s) e

o coeficiente de variação (CV). Observa-se que se considera CV elevado aqueles acima de 25%.

A média foi calculada com a soma de todas as observações de uma variável, dividindo o total da soma pelo número de observação. O desvio padrão foi calculado com base na raiz quadrada positiva das variáveis em observação e quanto maior for o seu valor maior será a dispersão dos dados. Já o coeficiente de variação foi calculado pela divisão do desvio-padrão pela média, multiplicado por 100. Quanto menor for o CV mais homogêneo será o conjunto de dados. Um CV é considerado baixo quando for menor ou igual a 25% (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 2003; LUIZ & SZKLO, 2009).

Na elaboração dos indicadores de saúde, foram utilizadas as taxas de prevalência e as proporções entre as variáveis sociodemográficas e clínicas. As taxas significam o número de casos que ocorre em um determinado período de tempo, divididas pela população (que inclui casos e não casos) no mesmo período. Para padronização das taxas foi utilizado esse coeficiente por 10.000 mulheres habitantes. As taxas de prevalência consistem na relação entre o número de casos conhecidos do agravo/situação de saúde estudado e sua relação com a população, com isso, descreve a força com que existem os agravos/condições de saúde em uma população (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 2003; LUIZ & SZKLO, 2009; VERMELHO *et al*, 2009).

A proporção expressa os indivíduos do numerador incluídos, obrigatoriamente, no denominador, calculando-se e dividindo um pelo outro (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 2003; LUIZ & SZKLO, 2009; VERMELHO *et al*, 2009).

Todas as informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados construído no software Excel®, e os cálculos propostos também se deram por meio desse operador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de análise foram realizados no município de Novo Cruzeiro/MG, um total de 8281 exames de Papanicolau. Como demonstra a figura II, a projeção de realização desses exames com o passar dos anos foi ascendente, com maior concentração de exames no ano de 2009.

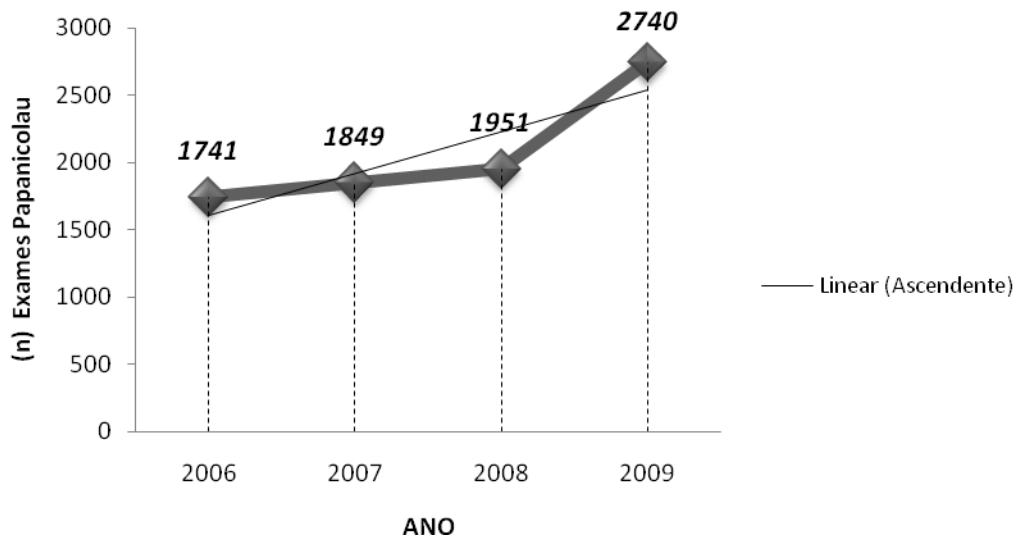


Figura II. Distribuição absoluta (n) dos exames de Papanicolau realizados no município de Novo Cruzeiro/MG, período de 2006 a 2009

Fonte: SISCOLO/DATASUS acesso em Janeiro de 2010

Com relação a cobertura de exames de Papanicolau esperada para a população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos, utilizou-se o parâmetro proposto pelo Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (MINAS GERAIS, 2009), que aponta um quantitativo de 33% das mulheres da faixa etária descrita, devem realizar uma coleta de Papanicolau ao ano.

Observa-se pela distribuição da tabela 9, que esse parâmetro de cobertura foi ultrapassado, perfazendo um total de 6353 exames, enquanto era esperado 5463, na população feminina de 25 a 59 anos, em todo o período de análise.

A Média(\bar{x}) de exames realizados para todo o período foi de 637 exames, com Desvio Padrão(S) de 400 e elevado Coeficiente de Variação (CV), igual a 62,75%.

Tabela 9. Distribuição de cobertura de exames de papanicolau na população feminina de faixa etária de 25 a 59 anos, Novo Cruzeiro/MG, período de 2006 a 2009.

Ano da Coleta de Papanicolau	2006	2007	2008	2009	Total
(n) Exames Papanicolau Realizados	1368	1423	1497	2065	6353
(n) Exames Papanicolau Esperados	1304	1332	1402	1426	5463
(%) Cobertura Exame Papanicolau	105	107	107	145	116
População Feminina*	3953	4035	4247	4320	16555

Fonte: SISCOLO/*IBGE/DATASUS acesso em Janeiro de 2010

Em relação a distribuição por faixa etária das mulheres que realizaram o exame de Papanicolau, a tabela 10 apresenta maior concentração nas faixas etárias de 25 a 34 anos. Com idade média de 30 anos, $S=13,25$ e $CV=35,8\%$.

Tabela 10. Distribuição da faixa etária por total, absoluto (n) e frequência (%), das mulheres que realizaram exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.

Faixa Etária	(n)	(%)
Ate 11 anos	6	0,07
Entre 12 a 14 anos	10	0,12
Entre 15 a 19 anos	317	3,83
Entre 20 a 24 anos	906	10,94
Entre 25 a 29 anos	1138	13,74
Entre 30 a 34 anos	1115	13,46
Entre 35 a 39 anos	973	11,75
Entre 40 a 44 anos	960	11,59
Entre 45 a 49 anos	896	10,82
Entre 50 a 54 anos	713	8,61
Entre 55 a 59 anos	558	6,74
Entre 60 a 64 anos	297	3,59
Acima de 64 anos	392	4,73
Total	8281	100

Fonte: SISCOLO/DATASUS acesso em Janeiro de 2010

A figura III apresenta a distribuição das faixas etárias das mulheres que coletaram Papanicolau conforme o ano de realização do exame. Observa-se um aumento na realização do exame para todas as faixas etárias, a partir de 2008, exceto para as mulheres menores de 14 anos, em que a coleta se manteve constante. As mulheres idosas, acima de 60 anos, representam uma parcela ascendente da população feminina que realiza esse exame.

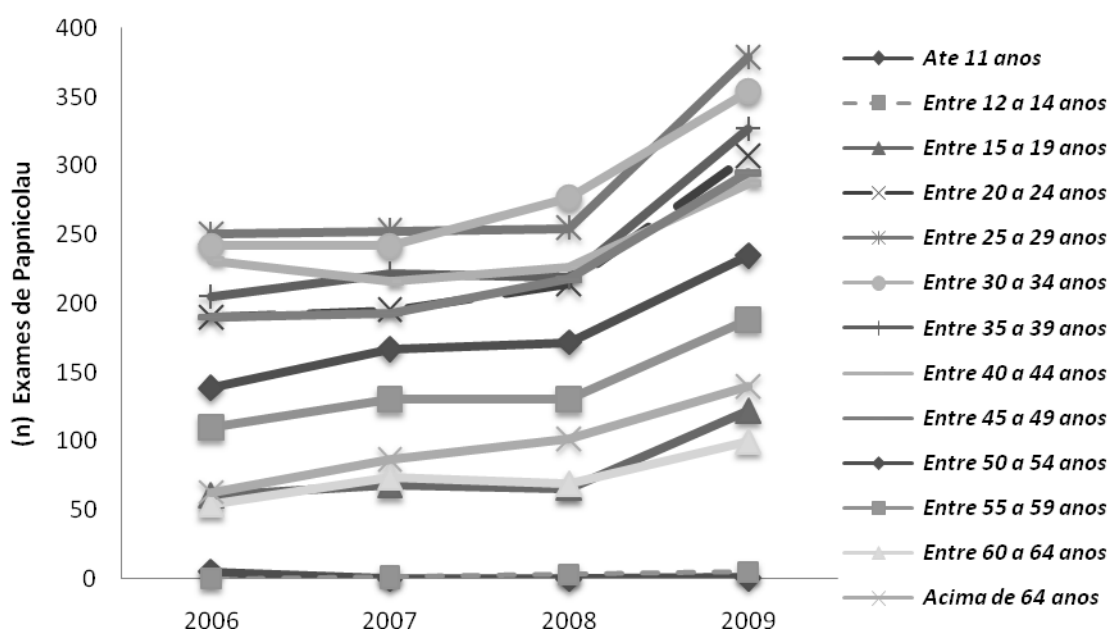


Figura III. Distribuição de exames de Papanicolau realizados por faixa etária, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.

Fonte: SISCOLO/DATASUS acesso em Janeiro de 2010

Em relação a distribuição da escolaridade das mulheres que realizaram o exame de Papanicolau, no período, a tabela 11 aponta para maior concentração das mulheres com ensino fundamental incompleto (20,7%) que realizaram esse exame. Porém, essa informação apresenta-se em 61,89% dos exames coletados, com o campo ignorado ou em branco. Isso dificulta conclusões assertivas sobre esse perfil.

Tabela 11. Distribuição da escolaridade das mulheres que realizaram o exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.

Escolaridade	(n)	(%)
Ignorado/em branco	5125	61,89
Analfabeta	789	9,53
Ensino fundamental incompleto	1714	20,70
Ensino fundamental completo	311	3,76
Ensino médio completo	267	3,22
Ensino superior completo	75	0,91
Total	8281	100

Fonte: SISCOLO/DATASUS acesso em Janeiro de 2010

Sobre a informação da escolaridade das mulheres que realizaram o preventivo, 61,89% dos campos encontravam – se em branco ou ignorado. A média da escolaridade das mulheres que realizaram o exame foi ensino fundamental incompleto, $S= 2,5$ e $CV= 84,6\%$. A figura IV demonstra um aumento progressivo de mulheres que realizam o Papanicolau, independente da escolaridade. Entretanto a escolaridade que mais prevalece é o ensino fundamental incompleto, acompanhado pelas mulheres analfabetas. As mulheres com maior escolaridade apresentam os menores resultados. Esse fenômeno merece estudos mais aprofundados, considerando as características socioeconômicas do município de Novo Cruzeiro/MG, e a prevalência no contexto geral desse município sobre os anos de estudo da população.

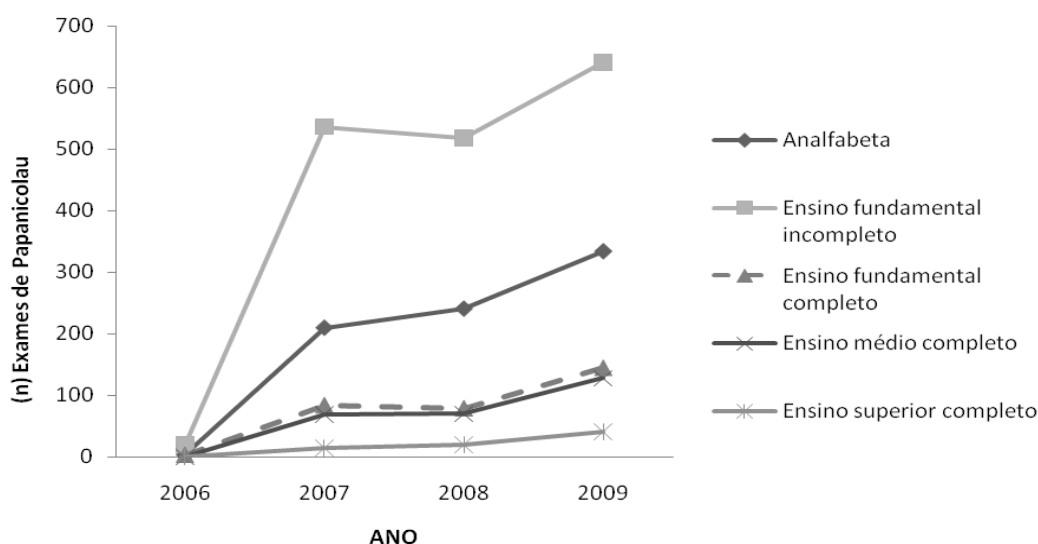


Figura IV. Distribuição da escolaridade das mulheres que realizaram o exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.

Fonte: SISCOLO/DATASUS acesso em Janeiro de 2010

Sobre a variável tempo de coleta do último exame de papanicolau, a tabela 12 aponta que a maior parte das mulheres realizaram o último exame há 1 ano (48,31%). Entretanto, mais de 6% da população feminina realizaram o último preventivo a mais de 5 anos. A média do tempo de coleta do último exame foi de 2 anos, com $S=1,2$ e elevado CV de 67%.

Tabela 12. Distribuição do tempo de coleta do último exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.

Tempo de Coleta do último Papanicolau	(n)	(%)
Ignorado/Branco	206	3,37
Mesmo ano	262	4,28
1(Um) ano	2957	48,31
2(Dois) anos	1590	25,98
3(Três) anos	510	8,33
4(Quatro) anos	206	3,37
Maior ou Igual a 5(cinco) anos	390	6,37
Total	6121	100

Fonte: SISCOLO/DATASUS acesso em Janeiro de 2010

A figura V, sobre a evolução anual da distribuição do tempo de última coleta do Papanicolau, indica uma distribuição ascendente para as coletas realizadas em 1 e 2 anos, que se sobressaem as demais faixas de tempo. Antes de 2008, observou-se uma concentração nos intervalos de tempo de coleta de mais de 3 anos. A partir desse ano, 2008, há um sugestivo decréscimo para esse intervalo de tempo de última coleta, com elevação para os períodos de menos intervalo. Nessa análise, exceto as mulheres que realizaram o Papanicolau no mesmo ano, mantiveram-se constante.

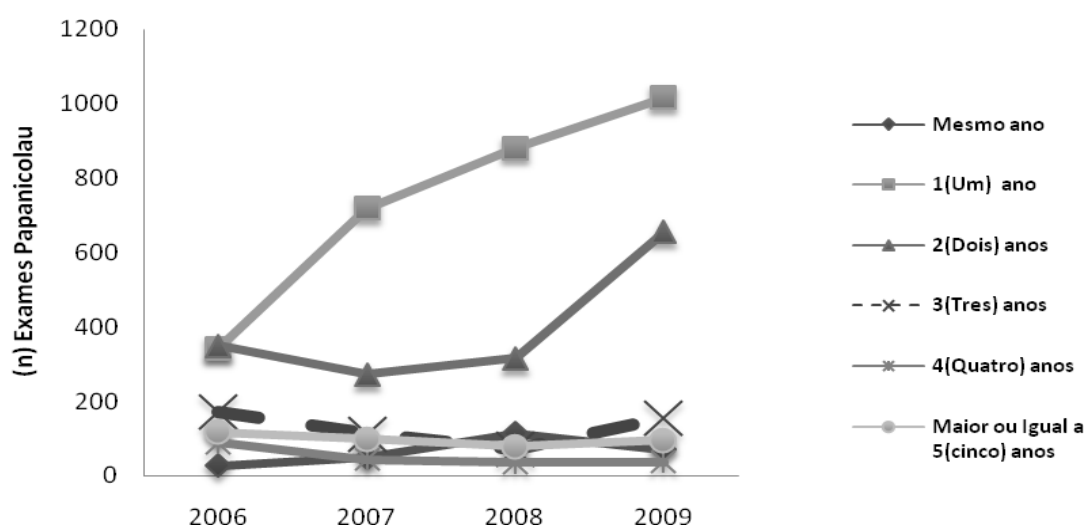


Figura V. Distribuição do tempo de coleta do último exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.

Fonte: SISCOLO/DATASUS acesso em Janeiro de 2010

Em relação ao conhecimento prévio das mulheres de Novo/Cruzeiro quanto a realização do último exame de Papanicolau, a tabela 12 apresenta que 75,1% referem já ter realizado o exame. Na análise isso se apresenta como um percentual positivo. Porém, 20,5% referem nunca terem realizado o exame. Essa população é preocupante é objeto de busca ativa além de inserção em estratégias de educação em saúde, para adoção de comportamentos saudáveis.

Tabela 13. Distribuição quanto ao conhecimento prévio sobre a realização do exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.

Realização de Papanicolau Anterior	(n)	(%)
Nunca Realizou	1669	20,5
Não Sabe se já Realizou	346	4,2
Refere já ter Realizado	6121	75,1
Não informou	10	0,1
Total	8146	100

Fonte: SISCOLO/DATASUS acesso em Janeiro de 2010

A média de mulheres que referiram nunca terem realizado o exame de Papanicolau foi 417, com $S= 43,7$ e $CV= 10,5\%$. As mulheres que não sabem se já realizaram esse exame foram 86, $S= 88,8$ e CV elevado, igual a $102,64\%$. Aquelas que referiram já ter realizado o exame, apresentaram média= 1530, $S= 363,3$ e CV baixo, igual a $23,7\%$. A média das que não informaram foi 4, $S= 3,7$ e $CV= 92,4\%$.

A figura VI, em relação à distribuição das variáveis por ano, aponta a manutenção da tendência apenas das mulheres que não sabem informar sobre a coleta, as demais características apresentam tendência ascendente, especialmente a partir de 2008.

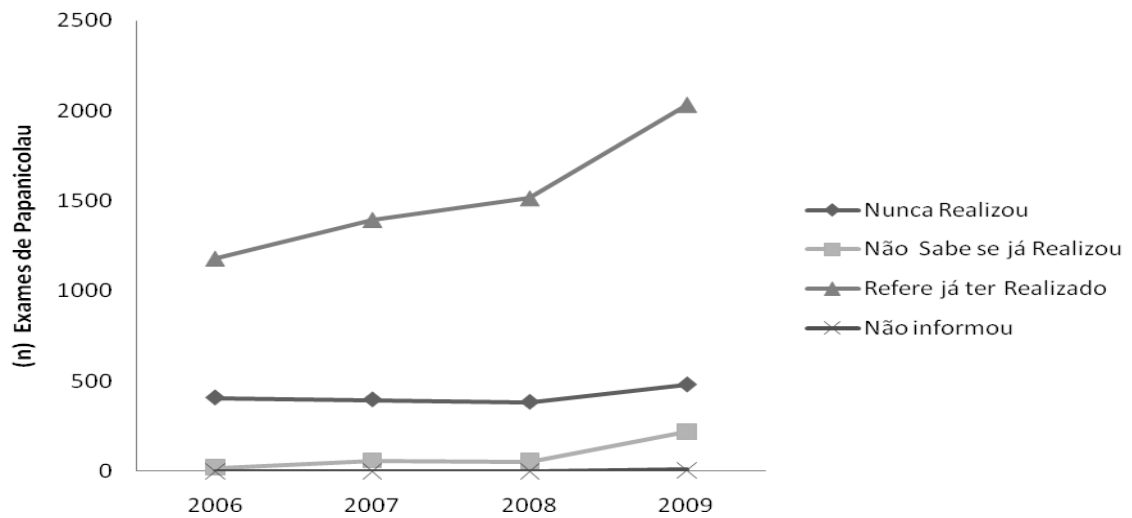


Figura VI. Distribuição quanto ao conhecimento prévio sobre a realização do exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.

Fonte: SISCOLO/DATASUS, acesso em Janeiro de 2010

Um dos indicadores de saúde estudados, a prevalência de mulheres acima de 10 anos por 1.000 habitantes do sexo feminino que realizaram o exame de Papanicolau, apresentou, para o período, a média de 174 mulheres por 1.000 habitantes, $S= 34,5$ e $CV= 19,8\%$.

A figura VII apresenta essa prevalência, conforme os períodos individuais de estudo observam-se pela representação gráfica a ascendência linear dessa ação em saúde na população feminina, acima de 10 anos, do município de Novo Cruzeiro/MG.

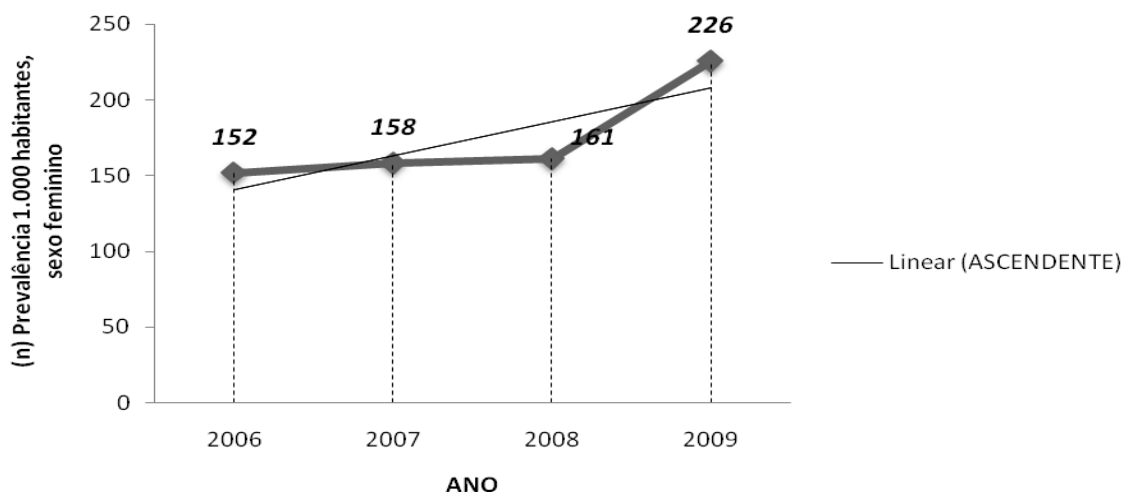


Figura VII. Prevalência de mulheres acima de 10 anos por 1.000 habitantes do sexo

feminino, que realizaram exame de Papanicolau no município de Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.

Fonte: SISCOLO/DATASUS, acesso em Janeiro de 2010

O outro indicador, a proporção de mulheres 25 a 59 anos que realizaram o exame, para o período de estudo, apresentou a média de 0,38; $S= 0,06$ e $CV= 16,7\%$. A figura VIII apresenta a evolução desse indicador ano a ano, e como demonstra a representação gráfica, essa proporção apresenta-se em ascendência linear, com considerada expressão para o ano de 2009, na avaliação dessa proporção.

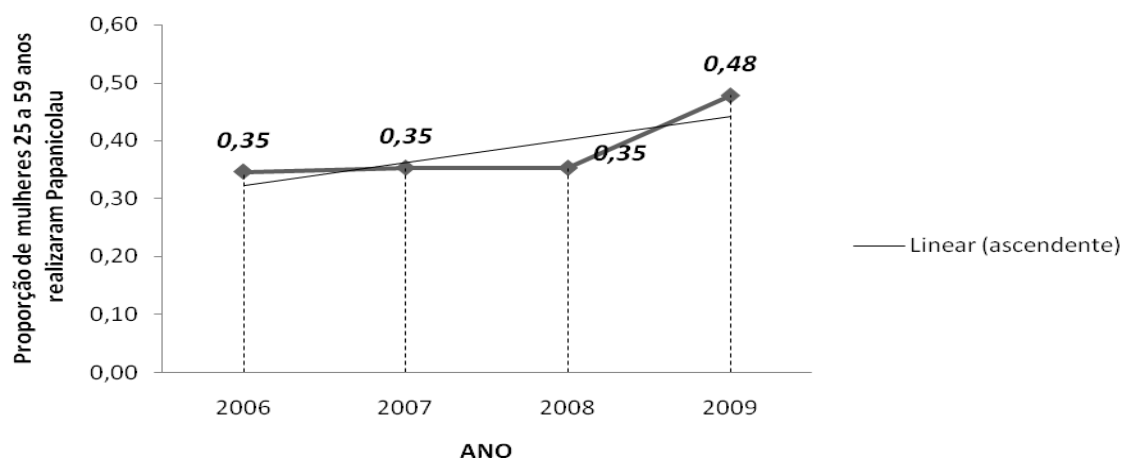


Figura VIII. Proporção mulheres 25 a 59 anos que realizaram o exame de Papanicolau no Município de Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009

Fonte: SISCOLO/DATASUS, acesso em Janeiro de 2010

Sobre a adequabilidade da amostra coletada, a tabela 12 apresenta que quase 100% das amostras obtiveram a realização da coleta de forma satisfatória. A média de amostras satisfatórias foi de 2062, $S= 457,5$ e baixo $CV= 22,19\%$. Já, em relação às amostras insatisfatórias, obtiveram média de 7,5 amostras, $S= 5,8$ e $CV= 77,4\%$.

Tabela 14. Distribuição da adequabilidade da amostra coletada no exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.

Adequabilidade da Amostra do Papanicolau	(n)	(%)
Satisfatório	8248	99,64

Insatisfatório	30	0,36
Total	8278	100

Fonte: SISCOLO/DATASUS acesso em Janeiro de 2010

Observa-se, na figura IX, sobre a distribuição da adequabilidade da amostra pelos anos de estudo, que é ascendente as amostras satisfatórias coletadas nesse município.

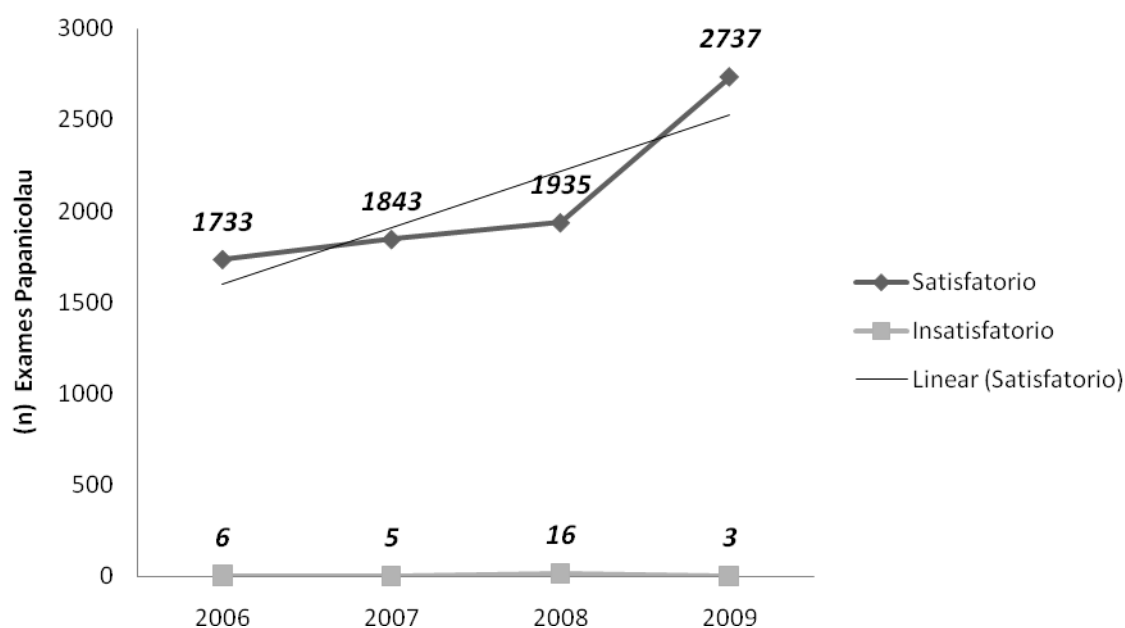


Figura IX. Distribuição da adequabilidade da amostra coletada no exame de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.

Fonte: SISCOLO/DATASUS acesso em Janeiro de 2010

Sobre a qualidade da amostra, a tabela 15 descreve a freqüência e o número absoluto relativo à coleta desses exames, para o período de estudo. Observa-se que a média das amostras insatisfatórias foi de 4, $S= 5,6$ e $CV= 154,2\%$. Já, para o total de amostras coletadas no período, apresentaram média de 690, $S= 2378$ e $CV=344,6\%$.

Tabela 15. Distribuição da qualidade da Amostra da coleta de exames de Papanicolau do Município de Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.

Qualidade da Amostra	(n)	(%)
Insatisfatória	40	0,48
Rejeit.erro_ident.	1	0,012

Rejeit.lâm.danif.	2	0,024
Rejeit.alheias_lab	0	0
Rejeit.outras	0	0
Insatisf.Mat.Acelul	12	0,145
Insatisf.pres.sang.	3	0,036
Insatisf.pres.pióc.	3	0,036
Insatisf.dessecam.	17	0,205
Insatisf.cont.ext.	2	0,024
Insatisf.superp.cel	0	0
Insatisf.outras	0	0
Satisfatória	8241	99,52
Total	8281	100

Fonte: SISCOLO/DATASUS, acesso em Janeiro de 2010

Em relação à normalidade dos resultados dos exames de Papanicolau, a tabela 16 aponta essa distribuição, considerando maior prevalência em resultados que apresentaram alterações, sendo do total de exames realizados no período, 8281, a média de resultados normais foi 199, com $S=83,2$; $CV=41,8\%$. Enquanto os resultados fora da normalidade apresentaram média de 1871, $S=513,6$; $CV=27,4\%$.

Tabela 16. Distribuição da normalidade dos resultados de exames de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.

Dentro Normalidade	(n)	(%)
Sim	796	9,61
Não	7485	90,39
Total	8281	100

Fonte: SISCOLO/DATASUS acesso em Janeiro de 2010

A figura X ilustra a progressão da normalidade dos resultados dos exames de papanicolau, conforme o ano. Observa-se que a prevalência e ascendência entre os resultados de exames de papanicolau que se apresentam alterados em relação aos resultados dentro da normalidade.

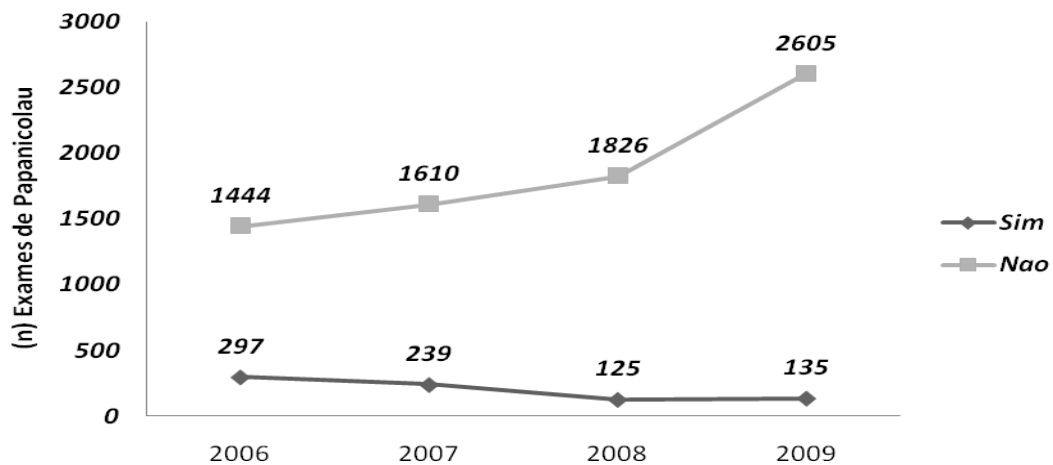


Figura X. Distribuição da normalidade dos resultados de exames de Papanicolau, Novo Cruzeiro/MG, período 2006 a 2009.

Fonte: SISCOLO/DATASUS, acesso em Janeiro de 2010

As anormalidades dos resultados foram divididas em anormalidades relacionadas à presença de microorganismos (tabela 17), relacionadas à presença de alterações benignas (tabela 18) e à presença de alterações malignas (tabela 19). Conforme aponta banco de dados sobre o monitoramento do Câncer de Colo Uterino, disponível em sítio eletrônico do DATASUS, o número de anormalidades nos resultados é maior que o número de exames coletados, devido um mesmo exame de Papanicolau poder apresentar mais de uma alteração.

A distribuição das alterações microbióticas, nas amostras, apresentaram média de 1045, $S=1492,6$ e $CV=142,8\%$. Para as alterações benignas a média foi de 2661, $S=3028,8$ e $CV=113,8\%$. Já as alterações malignas obtiveram média de 22, $S=32,8$ e $CV=149,1\%$.

Tabela 17. Distribuição das Alterações Microbióticas nos resultados de exames de Papanicolau no Município de Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.

Alterações Microbióticas	(n)	(%)
Mic.lactobacillus	4534	48,20
Mic.cocos	1733	18,42
Mic.sug.chlamydia	0	0,00
Mic.actinomyces_sp	2	0,02
Mic.trichomonas	251	2,67
Mic.vir_gr.herpes	5	0,05
Mic.bacil_supracit.	1875	19,93

Mic.outros_bacilos	562	5,97
Mic.outros	444	4,72
Total	9406	100

Fonte: SISCOLO/DATASUS, acesso em Janeiro de 2010

A maior prevalência dos microorganismos foi do lactobacillos (48,20%), seguido pelos cocos (18,42%). O vírus herpético apresentou prevalência em 0,05% das amostras analisadas. Enfatiza-se que apesar dos exames que apresentam lactobacillos como resultado estarem agrupados no banco de dados do SISCOLO/DataSUS como pertencentes ao das alterações microbióticas, esses resultados devem ser interpretados como característicos de microorganismo da flora vaginal normal feminina.

Tabela 18. Distribuição das Alterações Benignas nos resultados de exames de Papanicolau no Município de Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.

Alterações Benignas	(n)	(%)
Epitelio_escamoso	7876	29,60
Epitelio_glandular	6143	23,09
Epitelio_metaplasia	3570	13,42
Dentro_Normalidade	796	2,99
Alt.Ben.Inflamação	6251	23,49
Alt.Ben.Metaplasia	539	2,03
Alt.Ben.Reparação	473	1,78
Alt.Ben.Atrofia	768	2,89
Alt.Ben.Radiação	3	0,01
Alt.Ben.Outros	189	0,71
Total	26608	100

Fonte: SISCOLO/DATASUS, acesso em Janeiro de 2010

As alterações benignas de maior prevalência foram: células escamosas (29,6%), células glandulares (23,09%), alterações benignas inflamação (23,49%) e epitélio metaplásico (13,42%).

Tabela 19. Distribuição das Alterações Malignas nos resultados de exames de Papanicolau no Município de Novo Cruzeiro/MG, 2006 a 2009.

Alterações Malignas	(n)	(%)
Esc.Indet_não_neopl	112	39,16
Esc.Indet_alto_grau	14	4,90
Gland.Indet_não_neo	21	7,34

Gland.Ind.alto_grau	10	3,50
Ori.Indef_não_neopl	3	1,05
Ori.Indef_alto_grau	5	1,75
Les.IE_Baixo_grau	63	22,03
Les.IE_Alto_grau	42	14,69
Les.IE_mic.invasão	12	4,20
Carc.Epid.invasor	1	0,35
Adenocarc.In_Situ	3	1,05
Adenocarc.Invasor	0	0
Outras_Neoplasias	0	0
Total	286	100

Fonte: SISCOLO/DATASUS, acesso em Janeiro de 2010

Já as alterações malignas mais prevalentes foram: células escamosas indeterminadas não neoplásicas (39,16%), lesão intraepitelial de baixo grau (22,03%), lesão intraepitelial de alto grau (14,69%).

A OMS estabelece como necessária uma cobertura de 85% da população feminina, para obtenção de impacto epidemiológico na frequência e distribuição do câncer cérvico-uterino (OMS,1994).

Conforme aponta revisão sistemática de Martins *et al* (2005), foi observado um aumento da tendência temporal no percentual de mulheres que foram submetidas ao Papanicolau. Ressalta que a maior parte dos estudos concentra-se na região Sul e Sudeste do país, e as percentagens variam conforme abordagem metodológica, porém dois estudos de abrangência nacional, realizados em 2003 apresentaram cobertura abaixo de 70%.

Acredita-se, que pela elevada cobertura do PSF no município de Novo Cruzeiro, os parâmetros de cobertura do preventivo sejam elevados, quando comparado aos estudos de Martins *et al* (2005).

Associam-se as características desse estudo quanto a faixa etária de 45 a 55 anos às mulheres que menos realizam o exame, entretanto as mulheres com ensino fundamental incompleto foram as que mais realizaram o preventivo do CCU nesse município, quanto ao tempo de coleta do último exame, a maior percentagem realizar esse procedimento anualmente e 75,1% das mulheres referem já terem realizado o exame, no município de Novo Cruzeiro/MG.

O estudo de Davim *et al* (2005) realizado em uma UBS na periferia do Distrito Oeste em Natal/RN, numa população de 120 mulheres, apresentou que 58% delas considera o exame para a prevenção contra formação do câncer e indicação do seu tratamento

adequado, 25% para o diagnóstico de DSTs e 17% acreditam que esse exame tem a finalidade de identificar alterações uterinas; 60% realizam esse exame anualmente.

Estudo de Oliveira *et al* (2006), por inquérito domiciliar à 465 mulheres entre 45 a 49 anos, no município de São Luís do Maranhão, em sua análise apresentou cobertura de 82,4% dessas mulheres que realizaram o exame pelo menos uma vez na vida, sendo que 65,8% delas repetiram o exame anualmente.

Em estudo transversal em Unidades Básicas de Saúde de Londrina/PR, em áreas cobertas pelo PSF, com 513 mulheres, apresentou cobertura de 80,7%, 8% das mulheres submetidas ao estudo referiram nunca terem realizado o exame, 26,9% referiram ter se submetido ao exame entre um e três anos, 53,8% responderam realizar o exame anualmente (SILVA *et al*, 2006).

Segundo esse estudo (SILVA *et al*, 2006), os motivos que levaram as mulheres a realização regular desse exame estavam associados ao conhecimento das atividades programadas da Unidade Básica de Saúde, sua distribuição geográfica próxima a residência das mulheres, recomendações médicas e queixas ginecológicas. Esse estudo observou associação significativa entre quanto menor a classe econômica maior a utilização da UBS.

Em estudo das mulheres residentes na zona urbana de São Leopoldo/RS, em mulheres de 20 a 60 anos, apresentou que 867 mulheres entrevistadas 85,5% tinham realizado o exame no período adequado (nos últimos 3 anos) e 7,6% nunca haviam realizado o exame (MULLER *et al*, 2008).

A maior parte da população que realizou o exame, tinha menos de 7 anos de estudo. Corroboram aos achados do estudo de Silva *et al*, 2006; o estudo de Muller *et al*, 2008 apontou para cada nível de mudança da classe econômica o aumento na prevalência de mulheres com exames atrasados, as mulheres com até 11 anos de escolaridades apresentavam probabilidade maior de realizarem o exame do que as que apresentavam mais escolaridade. As de classe econômica mais baixa também tiveram maior prevalência na realização desse exame. As faixas etárias concentravam-se entre 20 e 39 anos.

Já, em estudo sobre o conhecimento do exame de Papanicolau em mulheres que cursavam o ensino médio noturno em escolas públicas de Uberaba/MG (VALENTE *et al*, 2009), com amostra de 476 estudantes, com idade entre 18 e 65 anos, 52% declararam não ter profissão ou ocupação.

Segundo Valente *et al* (2009) quando questionadas sobre a periodicidade do exame 96% apresentaram resposta correta, e 81% responderem que já terem ouvido falar sobre o exame, 85% conheciam a finalidade do mesmo, 94% relataram conhecer e saber como é realizado o procedimento, 81% souberam referenciar quem é a população alvo do

Papanicolau, 96% sabiam que era possível realizar o exame em Unidades Básicas de Saúde. As alunas mais jovens, entre 18 e 25 anos, detinham maior conhecimento sobre o Papanicolau. Esses conhecimentos assertivos foram adquiridos por fontes como rádio/televisão, amigas/familiares e instituições de saúde.

Albuquerque *et al* (2009), em estudo realizado no estado de Pernambuco com 258 mulheres de 18 a 69 anos, sendo que 82% das mulheres que realizaram o exame nos últimos três anos, estavam na faixa etária de 25 a 59 anos. Foi mais prevalente a realização do exame entre as mulheres com ensino fundamental completo, em relação às outras categorias e 63,6% do total de mulheres referiram ter como serviço de saúde regular a Unidade Básica/ PSF.

Com relação à realização do exame de Papanicolau em menores de 19 anos, que representam apenas 4,65% da população, em estudo de Cirino *et al* (2010) com população de 134 adolescentes paulistas, apontou para o desconhecimento sobre a prevenção do CCU e para uma baixa adesão das adolescentes ao exame Papanicolau, após a iniciação sexual, com média de idade de 14,8 anos. Essas adolescentes relataram, ainda, já terem apresentado doenças infecciosas vaginais, 20,7% por *Candida sp* ou *Trichomonas sp* e 1,2% por herpes vírus. Tais achados colaboram com o estudo ao indicarem a necessidade e incorporação desse grupo em atividades educativas e campanhas sobre o tema.

Em estudo de Soares *et al* (2010) sobre as características de mulheres portadores de CCU de um município do Sul do Brasil, apontou para a maior parte dessas mulheres apresentarem faixa etária entre 45 e 55 anos (30%), ensino fundamental incompleto (45%), os resultados se assemelhavam para as solteiras e casadas (30%) e 40% não realizavam o exame de Papanicolau com regularidade. Esses resultados corroboram ao presente estudo quando apresentam um grupo de vulnerabilidade para a incidência do agravo.

Wolschick *et al* (2007) em sua revisão denota as tecnologias para abordagem do câncer do colo uterino e, ressalta que a atenção primária, é estratégia principal para o diagnóstico precoce, e na promoção da saúde da mulher, no sentido de abordar a mudança de comportamento e a adesão a ações mais efetivas para esse agravo. A autora e seus colaboradores ainda destacam, para esse nível de atenção, estratégias que enfocam as doenças sexualmente transmissíveis, em especial a prevenção da infecção viral pelo HPV. Além do mais, a atenção primária é nível de atenção de potencial seguimento e monitoramento das condutas e encaminhamentos entre as mulheres que apresentarem seus resultados alterados.

Os estudos referidos vêm apresentando uma aproximação entre conhecimentos e práticas assertivas, em relação ao Papanicolau mais prevalentes nas populações femininas

que apresentam aspectos socioeconômicos menos favorecidos. Vale a pena questionar as metodologias dos trabalhos e realizar investigações que considerem e/ou confrontem as características desses resultados

Entretanto, tais resultados corroboram para os achados dessa pesquisa. Traz um perfil para as mulheres que realizam Papanicolau na faixa etária mais prevalente entre 20 e 49 anos, com ensino fundamental incompleto, 75% delas referiram já terem realizado o exame ao longo da vida, 72,3% realizaram a coleta do exame em três aos. Observa-se uma aproximação entre o aumento da cobertura do PSF, proximidade geográfica das Unidades Básica com a residência das mulheres, como fator importante para cobertura elevada de exames de Papanicolau. Já, as características clínicas apontam amostras de coleta do exame satisfatória, porém com presença de alterações nos resultados. A distribuição das alterações microbióticas, nas amostras, apresentou média de 1045, S= 1492,6; as alterações benignas a média foi de 2661, S=3028,8 e as alterações malignas obtiveram média de 22, S=32,8.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo apresentou o perfil das mulheres que realizaram o exame de Papanicolau no município de Novo Cruzeiro/MG, no período de 2006 a 2009. Com relação à cobertura, os resultados apontam para número de exames realizados maior que o número de exames esperados, conforme parâmetro PDAPS (MINAS GERAIS, 2009). A prevalência média, para o período de análise, foi de 174 exames para cada 1.000 mulheres habitantes acima de 10 anos, e a proporção média, para o período de análise, entre mulheres de 25 a 59 anos que realizaram o exame foi 0,38.

A faixa etária predominante de mulheres que fizeram Papanicolau foi de 20 a 49 anos (72,3%), com ensino fundamental incompleto (20,7%), seguida das mulheres analfabetas (9,53%). 75,1% da amostra feminina declararam já terem realizado o exame, sendo que a distribuição do tempo de coleta esteve entre 1 a 3 anos (82,62%).

Em relação à qualidade das amostras coletadas 99,64% foram satisfatórias, entretanto 90,36% delas apresentaram anormalidades em seu resultado. Essas anormalidades foram distribuídas em alterações microbióticas, nas amostras, apresentou média de 1045, S= 1492,6; as alterações benignas a média foi de 2661, S=3028,8 e as alterações malignas obtiveram média de 22, S=32,8.

Foi observado fragilidade na qualidade das informações, em especial a escolaridade com 61,89% dos campos em brancos ou ignorados, e tempo da última coleta com 3,37% dos campos em brancos ou ignorados.

Houve afluência dos resultados encontrados nesse estudo em relação a demais pesquisas sobre a temática e foi observada uma aproximação entre cobertura de PSF, proximidade de Unidades Básicas de Saúde com elevadas coberturas de Papanicolau. Entretanto, metodologias mais específicas precisam ser adotadas para avaliação da caracterização do perfil das mulheres que realizam o Papanicolau e suas correlações com outros determinantes socioeconômicos e demográficos.

A prevenção e controle do câncer do colo uterino continuam como uma relevante questão de saúde pública ao se considerar a alta taxa de mortalidade perante a probabilidade de cura, ao ser diagnosticado precocemente e por ser passível de prevenção através da educação em saúde.

Nesse sentido é importante identificar a demanda que busca pelas ações de diagnóstico precoce e prevenção desse agravo, e com isso, organizar os serviços de saúde para contemplar integralmente a população feminina que necessita dessa assistência.

O compromisso dos profissionais de saúde em seu cotidiano de trabalho, a emergência da consciência do valor subjetivo e cidadã da população feminina, associado à organização dos serviços de saúde articulados para a implementação de estratégias de busca ativa e abordagem ao público alvo, permitem operar a integralidade como prática efetiva para o cuidado à mulher, em defesa da qualidade de sua vida.

Assim, o Enfermeiro, junto aos demais profissionais da equipe de saúde, possui significativa importância no planejamento, execução e avaliação das ações programáticas sobre o tema, considerando o contexto histórico e social de inserção dessas mulheres.

Enquanto respostas aos resultados encontrados, a autora aponta a necessidade imprescindível em fortalecer as ações educativas e de mobilização comunitária, para conscientizar o público feminino que se apresentou marginal ao estudo, e fortalecer e permanência ininterrupta das mulheres conscientes da sua responsabilidade por sua saúde, nas estratégias de prevenção do câncer de colo uterino.

Para tanto, a lógica assistencial dos profissionais da equipe de saúde, com destaque o Enfermeiro, deve rever suas posturas, buscando atitudes de compreensão, estabelecimento de vínculo e respeito às individualidades das mulheres atendidas, afim de, como resultado da luta feminina, garantir-lhes a saúde como direito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, KM; FRIAS, PG; ANDRADE, CLT; AQUINO, EML; MENEZES,G; SWARCWALD, CL.Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil.Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009. Suplemento 25(2):S301-S309

BLOCH, KV; COUTINHO, ESF. Fundamentos da Pesquisa Epidemiológica. In.: Medronho, RA et al. Epidemiologia.São Paulo: Editora Atheneu, 2009.p173-179

BRASIL. Ministério da saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____.Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Cadernos de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Brasília. 2006a. n. 13.124p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica.Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 71p

BICALHO e ALEIXO, 2002. O programa “Viva mulher”: Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino e de Mama. Revista Mineira de Saúde Pública, nº1, Ano01. 2002.Jan- jun.p1-7.

CARVALHO, EC; TONANI, M; BARBOSA, JS. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo. Revista Brasileira de Cancerologia, São Paulo. 2005. v. 51, n. 4, p. 297-303.

CIRINO,FMSB; NICHATA, LYI; BORGES, ALV. Conhecimento, atitudes e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2010. jan-mar.14(1):126-34.

COELHO,S; PORTO, YF.Saúde da Mulher.Belo Horizonte:Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.115p.

CORRÊ, EJ; VASCONCELOS,M; SOUZA, MSL. Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração em textos científicos. Belo Horizonte: NESCON/UFMG. Coopmed, 2009.95p.

COSTA, GD; COTTA, RMM; FERREIRA, MLSM; REIS, JR; FRANCESCHINI, SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Revista brasileira de enfermagem. 2009. Fev. vol.62, no.1, p.11

DAVIM,RMB;TORRES, GV; SILVA, RAR;SILVA, DAR.Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básicade Saúde da Cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. Revista Escola de Enfermagem da USP. 2005.39(3):296-302

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. www.datasus.gov.br. Acesso em novembro de 2009.

FARIA,HP; COELHO, IB;WERNECK,MAF; SANTOS,MA.Modelo assistencial e atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009a. 62p.

FARIA,HP; WERNECK,MAF; SANTOS,MA; TEIXEIRA, PF. Processo de trabalho em saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009b. 66p.

FERNANDES,JV; RODRIGUES,SHL; COSTA,YGAS; SILVA,LCM; BRITO, AML; AZEVEDO,JEV; NASCIMENTO,ED; AZEVEDO, PRM; FERNANDES,TAAM. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2009. Out. vol.43, no.5, p.851-858.

FERNANDES, LCL; BERTOLDI, AD; BARROS, AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Rev. Saúde Pública. 2009.Ago. vol.43, no.4, p.595-603.

GREENWOOD, SA; MACHADO, MFAS; SAMPAIO, NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2006. Jul/Aug. vol.14, no.4, p.503-509.

IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística. IBGE CIDADES.2004. www.ibge.gov.br . Acesso em novembro de 2009.

JARDIM,TA;LANCMAN,S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. Interface (Botucatu). 2009. Mar. vol.13, no.28, p.123-135.

KAWATA,LS; MISHIMA, SM; CHIRELLI, MQ; PEREIRA,MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. Texto contexto - enferm., Jun 2009, vol.18, no.2, p.313-320.

KLEIN, CH; BLOCH, KV. Estudos Seccionais. In.: Medronho, RA *et al.* Epidemiologia.São Paulo: Editora Atheneu, 2009.p193- 219

LUIZ, RR; SZKLO,M. Introdução a análise de dados epidemiológicos. In.: Medronho, RA *et al.* Epidemiologia.São Paulo: Editora Atheneu, 2009.p303 – 321.

MARTINS, LFL; THULER, LCS; VALENTE, GC. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2005; 27(8): 485-92.

MATUMOTO, S; FORTUNA, CM.; MISHIMA, SM.; PEREIRA, MJB; DOMINGOS, NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Revista Interface-Comunicação Saúde Educação. 2005. 8(16): 9-24.

MINAS GERAIS.Secretaria de Estado de Saúde.Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde – Belo Horizonte: ESPMG,2009. 118p.

MINAYO, MC; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Caderno de Saúde Pública. 1993. 9(3):239-262.

MULLER, LD; DIAS DA COSTA, JS; LUZ, AMH; OLINTO, MTA. Cobertura do exame citopatológico do colo do útero na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008. nov .24(11):2511-2520.

OLIVEIRA, MM; PINTO, IC. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil. 2007. vol.7, n.1, pp. 31-38.

OLIVEIRA, MM. A Prevenção do Câncer de Colo do Útero, no contexto da Estratégia Saúde da Família, da Área Básica da Distrital-Oeste/Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto-SP, Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2003.151p.

OLIVEIRA, MMHN; SILVA, AAM; BRITO, LMO; COIMBRA, LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2006; 9(3): 325-34

OMS.Ministério da Saúde. Controle do câncer cérvico-uterino e de mama: normas e manuais técnicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Inca; 1994.

PINHO, AA; FRANÇA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife*. 2003. v. 3, n. 1.

RADOMSKY, G; SCHNEIDER, S. Nas teias da economia: o papel das redes sociais e da reciprocidade nos processos locais de desenvolvimento. *Sociedade e estado*. 2007. Ago. vol.22, no.2, p.249-284.

RAMOS, AS; PALHA, PF; COSTA JÚNIOR, ML; SANT'ANNA, SC; LENZA, NFB. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto à Realização do exame preventivo de Papanicolaou. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2006. mar./abr. vol.14, no.2, p.170-174.

ROQUAYOL, MZ; ALMEIDA FILHO,N. Análise de dados Epidemiológicos. In.:ROQUAYOL et al. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI,2003. p 179-192

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciências e saúde coletiva*. 2000. vol.5, no.1, p.187-192.

SILVA DW, ANDRADE SM, SOARES DA, TURINI B, SCHNECK CA, LOPES MLS. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2006; 28(1): 24-31

SOARES, MC. A integralidade na saúde da mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2007.205p.

SOARES, MC; MISHIMA, SM; MEINCKE, SMK; SIMINO, GPR. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2010. jan-mar. 14(1):90-96.

VALENTE CA, ANDRADE V, SOARES MBO, SILVA SR. Conhecimento de mulheres sobre o exame de Papanicolaou. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2009. 43(Esp 2):1193-8

VERMELHO, LL; COSTA, AJL; KALE, PL.. Indicadores de Saúde In.: Medronho, RA *et al*. *Epidemiologia*.São Paulo: Editora Atheneu, 2009.p 31-82

WOLSCHICK, NM; CONSOLARO, MEL; SUZUKI, LE; BOER,CG. Câncer do colo do útero: tecnologias emergentes no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*. 2007. Jun. v.,39, n.2: p. 123-129.

APÊNDICE I – REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO
Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

UF: _____ CNES da Unidade de Saúde: _____
Unidade de Saúde: _____
Município: _____ Prantário: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS: _____
Nome Completo da Mulher: _____
Nome Completo da Mãe: _____
Identidade: _____ Orgão Emissor: _____ UF: _____ CNPJ (CPF): _____
Data de Nascimento: _____ Idade: _____
Dados Residenciais Logradouro: _____
Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ UF: _____
Código do Município: _____ Município: _____ DDD: _____ Telefone: _____
CPF: _____
Ponto de Referência: _____
ESCOLARIDADE: Analfabeta 1º Grau Incompleto 1º Grau Completo 2º Grau Completo 3º Grau Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?
 Sim. Quando fez o último exame? ano _____
 Não Não sabe

2. Usa DIU? Sim Não Não sabe

3. Esta gravida? Sim Não Não sabe

4. Usa pílula anticoncepcional? Sim Não Não sabe

5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa? Sim Não Não sabe

6. Já fez tratamento por radioterapia? Sim Não Não sabe

7. Data da última menstruação / regra: _____
 Não sabe / Não lembra

8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (não considerar a primeira relação sexual na vida)
 Sim Não / Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
 Sim Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

EXAME CLÍNICO

10. Inspeção de colo Normal Anormal (anomalias complexas ou retratado (sangramento)) Alterado Colo não visualizado

11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis? Sim Não

Data da coleta: _____ Coletor: _____

ATENÇÃO: Não enviar preenchido ao centro que não tiver o nome, idade, endereço e número da mãe da paciente preenchido.

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório: _____ Número do Exame: _____
Nome do Laboratório: _____ Recebido em: _____

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AValiação PRÉ-ANALÍTICA
AMOSTRA REJEITADA POR:
 Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
 Lâmina danificada ou ausente
 Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
 Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:
 Escamoso
 Glandular
 Metaplasia

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO
 DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, HO MATERIAL EXAMINADO
ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS
 Inflamação
 Metaplasia escamosa imatura
 Reparação
 Atrofia com inflamação
 Radiação
 Outros; especificar: _____

MICROBIOLOGIA
 Lactobacillus sp
 Cocos
 Suggestivo de *Chlamydia sp*
 Actinomyces sp
 Candida sp
 Trichomonas vaginalis
 Heito citopático compatível com vírus do grupo *Herpes*
 Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de *Gardnerella/Vulvulnus*)
 Outros bacilos
 Outros; especificar: _____

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL
 Satisfatória
Insatisfatória para avaliação emética devido a:
 Material acetular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 Sangue em mais de 75% do esfregaço
 Píscetos em mais de 75% do esfregaço
 Artéritos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço
 Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
 Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço
 Outros

CELULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO
Escamosas: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau
Glandulares: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau
De origem indefinida: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CELULAS ESCAMOSAS
 Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
 Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais (cervicais graus II e III))
 Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo estar micro-invasão
 Carcinoma epidermoide invasor

ATIPIAS EM CELULAS GLANDULARES
 Adenocarcinoma "in situ"
Adenocarcinoma invasor: Cervical Endometrial
 Sem outras especificações

OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS:
 PRESENÇA DE CELULAS ENDOMETRIAIS (NA POS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____
Responsável pelo resultado: _____
Data da liberação: _____ CNPJ (CPF): _____