



**UFRJ** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FACULDADE DE MEDICINA

INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS

MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**ROSÂNGELA FRANÇA SANTOS**

**RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO MUNICÍPIO DO RIO  
DE JANEIRO: A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE**

RIO DE JANEIRO

2023

**Rosângela França Santos**

**RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO MUNICÍPIO DO RIO  
DE JANEIRO: A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva com ênfase em Atenção Primária à Saúde.

Orientadoras: Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Dias da Silva

Dr<sup>a</sup>. Maria Kátia Gomes

Rio de Janeiro

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237

Santos, Rosângela França

Rastreamento do câncer do colo do útero no município do Rio de Janeiro: a perspectiva dos enfermeiros da atenção primária à Saúde/ Rosângela França Santos. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, 2023.

113 f.; 31 cm.

Orientadoras: Maria Cristina Dias da Silva, Maria Kátia Gomes.

Dissertação (Mestrado em Atenção Primária à Saúde) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis. Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2023.

Referências bibliográficas: f. 99-108.

1. Neoplasias do Colo do Útero. 2. Enfermeiras e Enfermeiros. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Integralidade em Saúde. I. Silva, Maria Cristina Dias da. II. Gomes, Maria Kátia. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis. Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde. IV. Título.



## ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 09h do dia 02 de maio de 2023 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: "Atenção Primária à Saúde", na Linha de Pesquisa: Evidência clínica, modelos de atenção e técnico assistenciais, qualidade em Atenção Primária à Saúde (APS). A dissertação com o título: "RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", foi apresentada pela(o) candidata(o): Rosângela França dos Santos, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro DRE n. 119007890 (SIGA). A defesa ocorreu na modalidade presencial e os resultados da dissertação foram apresentados à banca examinadora composta pelos Doutores: **Maria Kátia Gomes (presidente); Maria Cristina Dias da Silva (vice-presidente); Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas (1º examinador); Cláudia Lima Campos Alzuguir (2º examinadora)**. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção ( X ) **APROVADO** ( ) **NÃO APROVADO** à defesa de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional: A mestranda demonstrou na apresentação e defesa domínio do tema pesquisado. O relatório de pesquisa atende aos requisitos para uma dissertação de mestrado profissional. Sugere-se que os ajustes propostos pela banca examinadora sejam realizados dentro do prazo regulamentar do curso, para finalização da versão definitiva.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pela presidente da banca, conforme autorizado pelo CEPG/UFRJ.

Presidente/Orientador(a): *Maria Kátia Gomes*

Vice-Presidente: *Maria Kátia Gomes*

1º Examinador(a): *Maria Kátia Gomes*

2º Examinador(a): *Maria Kátia Gomes*

Aluno(a)/Examinado(a): *Maria Kátia Gomes*

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ter caminhado junto a mim, me fortalecendo para que chegasse até aqui; sem Ele nada seria possível, e aos meus familiares que são a minha base. Dedico também aos profissionais da Atenção Primária à Saúde, principalmente, aos enfermeiros que me acolheram com empatia e contribuíram para a concretização deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ser minha luz, me guiar e abençoar em toda minha vida, por me mostrar o caminho do cuidado na minha bela profissão que é a enfermagem, por me sustentar e dar forças para a conclusão de mais uma conquista na minha vida profissional.

Aos meus pais Maria Railda e Raimundo (*in memoriam*) pelo exemplo de dedicação, amor e cuidado ofertados a mim.

Ao meu marido Tarcísio, meu companheiro de vida, sempre ao meu lado me apoiando em cada momento de nossas vidas.

Ao meu filho Valentim, meu lindo menino, esperto e carinhoso, que veio para alegrar ainda mais as nossas vidas. Meu companheiro durante boa parte das aulas. Você é luz, filho.

Às minhas irmãs Rosemary e Rosana, por estarem sempre me incentivando e apoiando em minhas decisões e vibrando com minhas conquistas.

Aos meus sobrinhos Yasmim, Gabriel e Benjamim, que são meus filhos de coração, por estarem junto a mim torcendo por cada conquista.

Aos meus familiares, que mesmo distantes (Bahia), sempre me apoiaram e me incentivaram em cada conquista.

À minha orientadora Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina Dias da Silva, pela cuidadosa orientação, pela oportunidade de compartilhar seu conhecimento e experiência, pela persistência, que mesmo eu, às vezes, duvidando de mim, não me deixou desistir, sempre tão humana e compreensiva, acreditou no meu potencial e me ajudou a chegar até aqui.

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Kátia Gomes pela presteza no auxílio e valiosas contribuições ao longo da realização deste trabalho.

Às minhas companheiras de trabalho Emelina, Elisiene, Bárbara e Gisela que me ajudaram nesse percurso, apoiando e cobrindo minha escala durante meu período de aulas.

À minha querida equipe Telégrafo e demais colegas de trabalho, por me encorajarem a cada adversidade encontrada, num contexto de trabalhar e estudar, especialmente, no período da pandemia do COVID 19 e suas particularidades.

Aos meus amigos e amigas que estão sempre ao meu lado, vibrando em cada conquista, trouxeram alegria em cada momento que precisei.

A todos os queridos colegas da turma de mestrado que me permitiram essa experiência maravilhosa de compartilhar saberes e vivências profissionais, me permitindo crescer como ser humano e profissional. Muito obrigada pela acolhida e carinho com meu filho Valentim durante as aulas. Assim como sou grata pelos momentos vividos nos cafés, almoços, lanches e de confraternização da turma.

Ao centro de estudos e aos gestores das unidades que permitiram o desenvolvimento desta pesquisa. Em especial, agradeço às enfermeiras e enfermeiros que participaram voluntariamente desta pesquisa, que me acolheram com carinho, por compartilharem comigo a prática diária para que dela eu traçasse um caminho rumo a novos conhecimentos, e pela garra e desejo de transformar o trabalho das enfermeiras e enfermeiros da Atenção Básica.

## RESUMO

SANTOS, Rosângela França. **Rastreamento do câncer do colo do útero no município do Rio de Janeiro**: a perspectiva dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro 2023. 113f. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2023.

O presente estudo abordou o rastreamento do câncer do colo do útero, no âmbito do trabalho dos(as) enfermeiros(as) que atuam na Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro. Teve como objetivos compreender os significados das vivências das(os) enfermeiras(os), no que se refere às práticas de rastreio do câncer do colo do útero no contexto da Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro; identificar as potencialidades e as fragilidades referentes às práticas de rastreio do câncer do colo do útero entre as mulheres de 25 a 64 anos, a partir da perspectiva das(os) enfermeiras(os) da Atenção Primária à Saúde; analisar a participação da(o) enfermeira(o) nas práticas do rastreio do câncer do colo do útero no contexto do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro, e discutir sobre as práticas do rastreio do câncer do colo do útero na perspectiva da integralidade do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva desenvolvida em unidades básicas de saúde do Município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com um roteiro de entrevista, e foi utilizada a análise de Conteúdo, segundo Laurence Bardin, como técnica de tratamento de dados. Os referenciais teóricos sobre as Políticas de Controle do Câncer do Colo do Útero e a integralidade em saúde possibilitaram a interpretação analítica dos significados para os(as) enfermeiros(as). Os resultados foram organizados em três categorias: 1- Procura das usuárias pelo exame citopatológico; 2- Protagonismo do enfermeiro no rastreamento do câncer do colo do útero; 3- Ações de educação em saúde insuficientes. Conclui-se que o sucesso do rastreamento do câncer cérvico-uterino resultará do esforço da gestão em direção à reorganização da assistência ginecológica na ESF, do trabalho multiprofissional, da capacitação dos profissionais, o que implica a eliminação de barreiras e iniquidades no acesso e na utilização dos serviços com potencialização das ações integrais de saúde, o que expressa o

compromisso com a qualidade de vida das mulheres. A contribuição e aplicabilidade desse estudo consiste na construção de um produto técnico-tecnológico, a saber, uma cartilha com orientações aos agentes comunitários de saúde acerca da importância do rastreamento do câncer do colo do útero, e tem como objetivo fortalecer a busca ativa das usuárias visando à adesão ao exame Papanicolau. Conta com informações sobre: o câncer do colo do útero; meios de prevenção da doença; periodicidade da coleta do exame Papanicolau; abordagem das usuárias.

**Palavras chaves:** Câncer do Colo do Útero; Enfermeiro; Atenção Primária à Saúde, Integralidade em saúde.

## ABSTRACT

SANTOS, Rosângela França. **Cervical cancer screening in the city of Rio de Janeiro**: the perspective of Primary Health Care nurses. Rio de Janeiro 2023. 113f. Dissertation (Professional Master's Degree in Primary Health Care) of the Faculty of Medicine of the Federal University of Rio de Janeiro, 2023.

The present study addressed cervical cancer screening within the scope of the work of nurses working in Primary Health Care in the city of Rio de Janeiro, aimed to understand the meanings of the experiences of ) nurses regarding cervical cancer screening practices in the context of Primary Care in the city of Rio de Janeiro; to identify strengths and weaknesses related to cervical cancer screening practices among women aged 25 to 64 years from the perspective of Primary Health Care nurses; to analyze the nurse's participation in cervical cancer screening practices in the context of the Primary Health Care work process in the city of Rio de Janeiro, and to discuss cervical cancer screening practices of the uterus in the perspective of comprehensive care in the context of Primary Health Care. This is a qualitative research project, exploratory and descriptive, developed in basic health units in the city of Rio de Janeiro. Data were collected through semi-structured interviews with an interview script and according to Laurence Bardin, content analysis was used as a data processing technique. The theoretical references on cervical Cervical Cancer Control Policies and integrality in health enabled the nurses analytical interpretation of the meanings. The results were organized into three categories: 1- User search for cytopathological examination; 2- Nurses' role in cervical cancer screening; 3- insufficient health education actions. It is concluded that the success of cervical cancer screening will result from management efforts towards the reorganization of gynecological care in the ESF, from multidisciplinary work, from professional training, which implies the elimination of barriers and inequities in access and in the use of services with the enhancement of comprehensive health actions, which express the commitment to the quality of life of women. The contribution and applicability of this study consist in the construction of a technical-technological product, namely, a booklet with guidelines for community health agents about the importance of screening for cervical cancer and aim to strengthen the active search of users by observing adherence to the Papanicolaou exam. It has information about: cervical cancer; means

of disease prevention; periodicity of collection of the Papanicolaou exam; and users' approaches.

**Keywords:** Cervical Cancer; Nurse; Primary Health Care, Integrality in Health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Divisão do Município do Rio de Janeiro em Áreas Programáticas.....	46
Figura 2 - Mapa Conceitual da Análise de Conteúdo- Etapas da análise de dados qualitativa .....	53

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero-SUBPAV-2019.....47

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AP - Área Programática

APS - Atenção Primária à Saúde

CAP – Coordenadoria Geral de Atenção Primária

CCU - Câncer do Colo do Útero

CF - Clínica da Família

CFB - Constituição Federal Brasileira

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HPV - Papilomavírus Humano

INCA - Instituto Nacional de Câncer

ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis

MRJ - Município do Rio de Janeiro

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNCCCU - Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SF - Saúde da Família

SUBPAV - Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	18
1.1 TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR NA TEMÁTICA.....	18
1.2 APROXIMAÇÃO AO TEMA DO CÂNCER DO COLO UTERINO: O RASTREAMENTO COMO ATIVIDADE ESTRATÉGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	19
1.3 BARREIRAS DE ACESSO AO PREVENTIVO E AO RASTREAMENTO DO CCU.....	21
1.4 OBJETO DE ESTUDO.....	28
1.5 QUESTÕES NORTEADORAS.....	28
1.6 OBJETIVO GERAL.....	28
1.7 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
1.8 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	29
1.9 JUSTIFICATIVA.....	30
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	32
2.1 ASPECTOS CLÍNICOS DO CÂNCER DE COLO UTERINO.....	32
2.2 CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO.....	34
<b>3 SENTIDOS DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE</b> .....	40
<b>4 PERCURSO METÓDICO DO ESTUDO</b> .....	45
4.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	45
4.2 CAMPO DE PESQUISA.....	46
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	47
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	48
4.5 PROCEDIMENTOS PARA OBTENÇÃO DE DADOS DE PESQUISA.....	48
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	50
4.7 ELABORAÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO.....	54
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	55
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	57
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	57
5.2 AS CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	57
5.2.1 Categoria 1: Procura das usuárias pelo exame citopatológico.....	58

5.2.2	Categoria 2: Protagonismo do enfermeiro no rastreamento do câncer do colo do útero.....	64
5.2.3	Categoria 3: Ações de educação em saúde insuficientes.....	77
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>81</b>
7	<b>LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....</b>	<b>83</b>
	<b>Cartilha "Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Orientações aos Agentes Comunitários de Saúde ".....</b>	<b>84</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>99</b>
	<b>APÊNDICE 1.....</b>	<b>109</b>
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>109</b>
	<b>APÊNDICE 2.....</b>	<b>112</b>
	<b>ROTEIRO DA ENTREVISTA.....</b>	<b>112</b>
	<b>ANEXO .....</b>	<b>113</b>
	<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>113</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1 TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR NA TEMÁTICA

O interesse em cursar o mestrado surgiu 8 anos após a conclusão da faculdade de enfermagem, e se deu em decorrência da necessidade de aprimorar o conhecimento na Atenção Primária à Saúde (APS). Logo após a graduação, ingressei na APS; na sequência, comecei a exercer minha profissão em uma unidade de saúde, onde permaneço até o presente momento. Passado o primeiro ano de atuação profissional, ingressei na especialização em Saúde da Família (SF), na qual pude perceber que era o caminho que gostaria de percorrer.

A motivação para a construção do presente estudo está relacionada à inquietação oriunda do trabalho assistencial vivenciado no Município do Rio de Janeiro de 2010 a 2020. A eleição da temática “Saúde da mulher” se deu porque percebi, no cotidiano da SF, o número expressivo de mulheres com rastreamento do Câncer do Colo do Útero (CCU) em atraso. O que resultou em reflexões sobre as prováveis lacunas de conhecimento das usuárias quanto aos fatores de risco da doença, bem como à dificuldade de acesso aos serviços de saúde para realização do exame preventivo, sobretudo no que tange aos territórios socialmente vulneráveis onde a mortalidade por CCU tende a ser mais alta.

A observação de outras questões também teve relevância na decisão de investigar aspectos da ação da prevenção do CCU, tais como: a baixa solicitação de exames por parte da população de maior risco e pelos profissionais que a assistem; o atraso na realização do exame relatado pelas mulheres nas consultas programadas ou na demanda espontânea e a alta incidência de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Tenho me debruçado, com especial interesse, na prevenção do CCU, tendo em vista a complexidade do tema e os potenciais consequências da não realização do rastreamento do CCU, que podem levar ao diagnóstico tardio e ao aumento da mortalidade pela doença, além da redução da oportunidade de rastreamento do câncer de mama. A partir daí, diferentes questões surgiram sobre como esse trabalho

está sendo realizado e o que ainda pode ser feito no sentido de qualificar a atenção recebida pelas mulheres no âmbito da SF.

## 1.2 APROXIMAÇÃO AO TEMA DO CÂNCER DO COLO UTERINO: O RASTREAMENTO COMO ATIVIDADE ESTRATÉGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O conhecimento científico atual sobre o câncer do colo do útero (CCU) possibilita entendê-lo como um processo invasivo que ocorre a partir de alterações neoplásicas intraepiteliais, associadas frequentemente à infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Trata-se de uma afecção crônica de instalação média de 10 a 20 anos que passa por fases pré-clínicas (benignas) caracterizadas por lesões pré-malignas ou pré-cancerosas passíveis de tratamento e cura (MACHADO, SOUZA, GONÇALVES, 2017).

Considerado um problema de saúde pública no Brasil, o CCU incide de forma mais expressiva nas mulheres que vivem em situação de risco social o que contribui na produção de iniquidade em saúde (INCA, 2018). Portanto, do ponto de vista do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental que haja amplo acesso nos serviços de saúde à coleta da citologia oncótica conforme recomendação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino (PNCCCU) (BRASIL, 2013).

No que concerne ao teste Papanicolau ou exame citopatológico do colo do útero, conhecido como preventivo, assinala-se que é um exame que apresenta baixo custo, eficiente, simples e de rápida realização, que pode causar dor ou desconforto passíveis de serem minimizados se o exame for realizado com técnica e de forma apropriada. Nos serviços de saúde brasileiros, com especial destaque à atenção primária à saúde (APS), é o método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do CCU e de suas lesões precursoras. (BRASIL, 2016).

Vale destacar que, no âmbito do Ministério da Saúde, são definidas as diretrizes para o cuidado às mulheres que residem nos territórios da SF e determinadas as ações para prevenção do CCU, que incluem as atividades de educação em saúde, vacinação de grupos indicados e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por intermédio de seu rastreamento. Tal prática, considerada uma tecnologia da APS, consiste na busca de mulheres supostamente saudáveis que podem

estar em situação de maior risco de adoecimento. Cabe à equipe de saúde ter conhecimento sobre o método, a periodicidade, a população-alvo, o aconselhamento, e encaminhar para tratamento em serviços de atenção especializada as mulheres, tendo como base os resultados dos exames e assegurar sua continuidade, o acompanhamento longitudinal. Isso significa primar pela qualidade do rastreamento (INCA, 2016).

Nesse cenário, a adesão ao exame cervicouterino está diretamente relacionada aos valores culturais da comunidade, logo também à intersubjetividade no que se refere ao encontro que se espera seja estabelecido entre os profissionais e as mulheres que constituem a população-alvo. Desse modo, a prática do rastreamento qualificado do CCU deve estar em consonância com a perspectiva da integralidade em saúde, que tem seu significado relacionado ao cuidado como valor que dialoga com o direito à saúde; a substituição do foco na doença pela atenção à pessoa, a abordagem do ser humano em sua totalidade, com centralidade nos usuários, levando em conta suas histórias de vida e os modos próprios como vivem, adoecem e morrem (MATTOS, 2009).

De acordo com Moura et al (2010), vários são os fatores responsáveis pelos altos níveis de câncer cervical no Brasil, destacando-se a falta de capacitação dos profissionais de saúde que realizam o exame, quanto a abordagem às mulheres, informações prestadas, o respeito às condições socioeconômicas e culturais, atreladas à insuficiência de recursos humanos e de materiais disponíveis ou utilização inadequada dos recursos existentes na rede de saúde; uma articulação precária entre os serviços de saúde (referência e contrarreferência) na prestação da assistência nos diversos níveis de atenção; falta de protocolos que deem subsídio às ações; baixo nível de informações de saúde da população em geral.

Salienta-se que as atitudes acolhedoras, o tratamento digno, a criação de vínculo com as usuárias, assim como com suas famílias e os demais modos de materialização da integralidade em saúde são determinantes para a ampliação do acesso ao exame Papanicolau e para a continuidade do cuidado com superação de um atendimento fragmentado e impessoal (BRITO-SILVA *et al*, 2014).

### 1.3 BARREIRAS DE ACESSO AO PREVENTIVO E AO RASTREAMENTO DO CCU

No cenário do Município do Rio de Janeiro, o CCU pode ser considerado um problema de alta magnitude e transcendência, na medida que sejam considerados os indicadores atuais de morbimortalidade e o impacto psicossocial que o adoecimento pode determinar na vida das mulheres. A melhora dos indicadores epidemiológicos bem como da qualidade assistencial é factível, contudo, dependente da capacidade de resposta dos serviços da APS.

Para alcançar tal finalidade, a Unidade de Saúde da Família (USF) deve desempenhar seu papel como porta de entrada preferencial no sistema e coordenadora do cuidado na rede de atenção ao câncer. Na perspectiva do modelo de atenção à saúde orientado pela SF, é essencial a integração das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de forma que para as usuárias sejam assegurados o acesso e o cuidado integral.

No que tange, particularmente, ao rastreamento do CCU, nota-se que tendo em conta a complexidade do tema, essa prática pode ser abordada a partir de três dimensões a saber: a primeira diz respeito às bases programáticas que se relacionam diretamente com as políticas públicas; a segunda dimensão refere-se às instituições de saúde que operacionalizam as linhas de cuidado do CCU e a terceira remete ao simbólico, às subjetividades dos profissionais de saúde responsáveis pela assistência e das usuárias dos serviços de APS. Dentre as dimensões mencionadas, a presente investigação se propõe a discorrer apropriadamente acerca da terceira, na medida em que diz respeito ao elemento humano que confere concretude às ações preconizadas pelo SUS e que, por um lado, deve primar pela qualidade da atenção à saúde e por outro lado deve ser o centro da atenção e do cuidado em saúde.

Com efeito, no rastreamento do CCU, o exame utilizado deve ser seguro do ponto de vista técnico, estar disponível nos serviços de saúde e ser aceito com facilidade pelas usuárias, o que evoca sua complexidade e aponta na direção de uma visão sistêmica com envolvimento de diferentes aspectos no seguimento das usuárias, como o panorama político institucional, a qualidade assistencial, assim como as atividades realizadas pelos profissionais com valorização da intersubjetividade, da interação humana e compreensão sobre saúde e o próprio corpo (AYRES, 2001).

A atenção humanizada, por sua vez, está alinhada com os conceitos de integralidade em saúde que se compatibilizam com um olhar sensível dos profissionais da equipe de saúde para as usuárias. A capacidade de ouvir e compreender possibilitam aos profissionais dar resposta, a partir de necessidades e demandas das usuárias nas esferas biopsicossociais e cultural, com a valorização da qualidade técnica e da abordagem ética do cuidado, das subjetividades e do reconhecimento dos direitos das usuárias (FERNANDES *et al*, 2019). Mas, no cotidiano dos serviços, registram-se ainda fragilidades no processo de cuidar e na sua continuidade.

Importante frisar que as situações aqui destacadas tendo como referência a minha prática assistencial ocorreram, entre 2010 e 2021, período correspondente a fatos marcantes que repercutiram fortemente nos serviços de saúde como, a expansão da APS no MRJ que se caracterizou com a ampliação dos serviços de 3,5 % em 2008 para mais de 70% em 2016 (SORANZ, PINTO, PENNA, 2016); a implementação do Plano de Reestruturação da Saúde da Atenção Primária que correspondeu à redução das equipes de SF a partir de 2018 (MELO, MENDONÇA, TEIXEIRA, 2019) e a pandemia da Covid-19 que tem cursado com déficit de profissionais e, por conseguinte, sobrecarga das equipes, o que compromete a prestação do cuidado em saúde e gera desassistência e prejuízo para a continuidade assistencial (FERNANDES, 2020).

As vivências profissionais me possibilitaram identificar entraves na atenção à saúde das mulheres, como a baixa adesão ao exame Papanicolau. Em 2019, obteve-se a adesão de 0,29 %, sendo a meta preconizada pela gestão municipal do Rio de Janeiro de 0,40% (SUBPAV, 2019). Por outro lado, diferentemente das adversidades operacionais e epidemiológicas, notam-se também problemas de ordem relacional, de natureza subjetiva que comprometem a qualidade assistencial no que tange às atividades de rastreamento do CCU.

A partir do trabalho nos serviços, no decorrer de uma década atuando como enfermeira da ESF no Município do Rio de Janeiro, identifiquei que as usuárias-alvo do PNCCCU detêm pouco conhecimento sobre a doença, assim como sobre a finalidade e importância do exame citopatológico (SOUZA, 2011). O que pode resultar no comportamento de parte significativa das mulheres que procuram o exame citopatológico somente quando apresentam sintomatologia como, corrimento vaginal,

dor na relação sexual, prurido, dor em região pélvica, menstruação irregular ou sangramento vaginal (BRASIL, 2016). Tal concepção coincide com um modo de pensar que pouco valoriza as medidas de prevenção em saúde e que, muitas vezes, são reproduzidas pelos próprios profissionais, evidenciando uma cultura institucional alicerçada no paradigma biomédico que ainda persiste nos cenários da APS, onde o princípio da integralidade deveria prevalecer ou ser hegemônico (SOUZA, 2020).

Neste contexto, observa-se também a realização de exame citopatológico do colo do útero fora da faixa etária de 25 aos 64 anos, considerado o grupo prioritário. Isso acontece, muitas vezes, devido à procura ocasional dos serviços de saúde pelas usuárias por razões e demandas diversas como, dor de cabeça, método contraceptivo, hipertensão, diabetes, solicitação de exame de sangue, menos o rastreamento do câncer do colo do útero. Essa modalidade de rastreio do CCU tem sido designada de rastreamento oportunístico que não tem sido eficiente em reduzir as taxas de incidência e mortalidade do câncer do colo do útero. O rastreamento oportunístico apresenta baixa cobertura, super rastreia um pequeno grupo de mulheres e, portanto, é menos custo-efetivo (BRASIL, 2017).

A atitude baseada na qual o indivíduo sente-se encorajado a buscar atendimento apenas quando os sintomas estão presentes, parece estar relacionada à uma construção histórico-cultural (RANGEL, 2015). Tal concepção diz respeito tanto ao “livre-agir” na perspectiva pessoal quanto à percepção da influência do contexto nas decisões e na reprodução dos comportamentos, mostrando aqui um caráter dialético nesse proceder.

Bourdieu (1996, p. 21) destaca que “o *hábitus* é esse princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida unívoco, isto é, em um conjunto unívoco de escolhas de pessoas, de bens, de práticas”. No contexto do rastreio do CCU, há que se considerar que na mente das usuárias está interiorizado determinado estilo de vida, ou seja, um modo de ser que é aprendido para se estar em sintonia com o viver do grupo social a que ela pertence.

Observa-se que as situações descritas remetem à discussão sobre o processo saúde-doença na medida em que emergem as questões sobre a percepção da própria condição de saúde, significa dizer em quais condições a pessoa se sente ou não doente, ou mesmo pelo fato de ela tomar a iniciativa de procurar o serviço de saúde

somente quando a doença passa a comprometer suas atividades diárias. Essa atitude pode representar a perda de oportunidade em relação ao diagnóstico precoce do CCU. A propósito, sabe-se que a maioria dos casos são diagnosticados pelo exame citopatológico numa fase avançada da doença, já que as mulheres, geralmente, reconhecem os sintomas característicos tardiamente (RODRIGUES *et al.*, 2008).

Além disso, no que se refere à procura do exame citopatológico do CCU pelas mulheres quando já apresentam algum sintoma, é oportuno refletir quanto a valorizar o horizonte subjetivo no que tange às percepções das próprias vivências, bem como sobre a noção que elas têm, relativa ao processo saúde-doença. Tal compreensão remete à dinâmica do processo de adoecimento na sociedade contemporânea que se caracteriza por diferentes aspectos como aquilo que é particular e integral. O pensamento de Canguilhem (2009) nos instiga a considerar que, no movimento de julgar o que é normal ou patológico para determinado corpo, é necessário olhar para além desse mesmo corpo. Significa desenvolver uma atenção que transcenda ao que é considerado fora do normal na dimensão corpórea e inclua o existencial, a história de vida, bem como os valores, as referências de cada indivíduo ou dos seus grupos sociais.

O medo e o constrangimento no momento do exame, assim como a possibilidade de sentir dor ou desconforto são alegados pelas mulheres como fatores determinantes no retardo na procura pelo atendimento. Girianeli *et al.* (2014) apontam o sentimento de vergonha como um dos principais motivos para a não realização do Papanicolau. Esse sentimento está associado ao fato de o exame ser invasivo, com exposição do corpo, estar relacionado à sexualidade e “tabus” e mais à sensação de impotência, perda do domínio e autonomia sobre o próprio corpo. Destaca-se a relação do medo com o estigma do câncer, significando sinônimo de morte. A partir desse entendimento, muitas usuárias optam pela não realização do exame.

No que concerne ao comportamento usual das mulheres, observa-se que ainda há casos de resistência ao serem atendidas por profissionais do sexo masculino, devido sentirem desconforto no momento do exame, constrangimento, vergonha. Também aqui emerge a complexidade da questão em tela com influência da cultura local e da questão de gênero em relação à forma como o serviço está organizado e na sua relação com a população (BARROS, 2016; DOS SANTOS SILVA *et al.*, 2015).

Quanto à organização da APS, com enfoque nas barreiras de acesso ao preventivo do CCU, ressalta-se que não se trata apenas de disponibilizar vaga na agenda para o exame Papanicolau, outros desafios são identificados, no serviço, que denotam uma maior abrangência de problemas. Portanto, há que se interrogar como a clínica se organiza no sentido de valorizar a ação de rastreamento do CCU o que envolve a prática de saúde a partir de uma visão integral e, portanto, implica também a avaliação dos profissionais no que se refere às possibilidades de prestar assistência de forma adequada. Isso pressupõe, entre outros, a análise crítica sobre o contexto no qual o trabalho é realizado, seus limites como *ser* envolvido no processo de cuidar e, até mesmo, no que diz respeito às consequências na sua vida, sobretudo quando se atua em territórios violentos.

A visão de mundo do profissional, seu interesse e motivação no contexto de uma dada realidade interferem na qualidade do trabalho assistencial. Seu empenho no sentido de conciliar as dificuldades advindas do processo de trabalho e o compromisso de acolher e cuidar com integralidade as mulheres sobre sua responsabilidade, guarda relação direta com o modo como ele atua no serviço. Nessa direção, o saber e o fazer profissional desvelam a dimensão humana e ética do trabalho em saúde ao expor as potencialidades e as fragilidades do cuidador que carece também de uma abordagem institucional centrada em suas necessidades e perspectivas, ou seja, de uma gestão sensível aos profissionais.

Ademais, registra-se que um dos obstáculos organizacionais referentes a não realização do exame preventivo é a dificuldade de acesso das mulheres aos serviços de saúde. A busca pela implementação das ações de rastreamento do CCU nos territórios da SF coloca os profissionais de saúde diante das dificuldades de acesso vivenciadas pelas mulheres, o que resulta no número baixo de mulheres agendadas para o exame preventivo (AGUILAR, SOARES, 2015). Observa-se no cotidiano do trabalho dos profissionais a sobrecarga de atividades, horários e turnos de atendimentos limitados em suas agendas para realizar o exame preventivo. Os resultados do estudo desenvolvido por Massmann *et al.*, (2017) mostraram que as equipes de saúde encontram dificuldades em proporcionar às mulheres o acesso ao exame citopatológico.

Outra dificuldade recorrente, que merece ser problematizada, é uma questão de natureza gerencial relativa à constatação de informação não fidedigna sobre a

realização do exame Papanicolau e seu resultado, já que, em muitos casos, o exame foi realizado em serviço de saúde privado e a SF não tomou conhecimento desse fato. Ocorre de a usuária estar coberta por plano de saúde e a informação sobre a realização do exame não ser registrada pela equipe. Nesse contexto, baixas razões de cobertura podem evidenciar uma maior cobertura da saúde suplementar (SANTOS *et al*, 2012).

No contexto do trabalho interprofissional, observei a inexistência de reuniões de equipe regulares que abordem a temática, bem como a limitação da participação dos agentes comunitários de saúde (ACS) no contato com as mulheres nas microáreas e de médicos na realização do exame Papanicolau. Muitas vezes, o enfermeiro tem executado as ações do controle do CCU com pouca troca entre os profissionais médicos (FERNANDES *et al.*, 2021). Maior interação e articulação entre os membros da equipe poderia resultar em melhor comunicação e colaboração entre as diferentes profissões, e poderia mitigar a visão fragmentada da mulher e a perda de oportunidade em relação à troca de experiências sobre o cuidado instituído pelas diferentes equipes do serviço.

Registra-se, ainda, que o excesso de atividades sob a responsabilidade do enfermeiro compromete a criação e o fortalecimento do vínculo com a usuária, as práticas educativas e a realização do exame em si. (MELO *et. al.*, 2019; AGUILAR, SOARES, 2015).

À propósito, quanto às atribuições dos profissionais da equipe de saúde no controle do CCU, o MS estabeleceu as responsabilidades com vistas ao planejamento e à execução das ações voltadas para a melhoria da cobertura do exame Papanicolau na APS. Estas ações incluem: o esclarecimento e informação à população feminina sobre a importância e rastreamento do CCU; a identificação das mulheres que pertencem à faixa etária prioritária e/ou grupos considerados de risco; a convocação e realização da coleta da citologia oncótica; a descoberta e a reconvocação das mulheres que estão com a coleta do preventivo em atraso. Além do que há que se atentar para o recebimento dos laudos, convocar as mulheres com resultados positivos para vigilância do caso, orientar e encaminhar à atenção secundária, avaliar a cobertura do rastreamento na área de sua abrangência, supervisão e qualidade da coleta (BRASIL, 2016).

Na SF, ocorrem muitas dificuldades na implementação de estratégias de rastreamento do CCU centradas no trabalho multiprofissional, o que repercute também na frequência e na qualidade das ações educativas, na busca ativa das mulheres com exame preventivo em atraso, na maior oferta do exame. O que vem a contribuir para que o cuidado compartilhado fique prejudicado, muitas vezes, em função da alta rotatividade e demanda de atendimento do médico (ANJOS *et al.*, 2021).

Somou-se a essas barreiras já mencionadas, o efeito da pandemia do COVID 19, que foi decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, devido a doença ter se disseminado rapidamente e contaminado diversas pessoas em vários países e regiões do mundo (OPAS, 2020a). A COVID-19 impactou significativamente todo o sistema de saúde ao redor do mundo, não só pela alta demanda de atendimentos dos casos de COVID-19, bem como pelas medidas de isolamento e distanciamento social que vieram a comprometer a vida de toda população e o seu acesso aos serviços de saúde (MALTA *et al.*, 2021).

No início da pandemia, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) recomendou o adiamento dos exames de rastreamento do CCU, ressaltando que os casos com rastreamento positivo ou sintomáticos fossem investigados e, se confirmados, tratados (BRASIL, 2020a). No decorrer da pandemia do COVID 19, considerando-se o cenário epidemiológico e a capacidade de resposta da rede de atenção à saúde em nível local, frente à pandemia, a retomada do rastreamento do CCU foi indicada, respeitando as diretrizes vigentes para o rastreamento, reforçando a priorização da confirmação diagnóstica e do tratamento (BRASIL, 2020b).

Fundamentadas na problemática delineada, considera-se o rastreamento do CCU uma temática instigante para investigação, uma vez que abre possibilidade para desvelar os obstáculos organizacionais, simbólicos e técnicos relacionados à presente temática. Entretanto, o presente estudo enfoca a dimensão simbólica do acesso ao exame preventivo, incluindo a intersubjetividade e a produção do cuidado e, ademais, o enfermeiro como cuidador, uma vez que o horizonte desse profissional, corresponsável pelo cuidado à população, não foi suficientemente explorado enquanto lugar de fala e reflexão com vistas à reorganização dos serviços e qualificação da atenção à saúde.

#### 1.4 OBJETO DE ESTUDO

A partir da problemática apresentada, definiu-se como **objeto de estudo** para esta pesquisa:

**Os significados das práticas de rastreamento do câncer do Colo do Útero na perspectiva dos enfermeiros da saúde da família do Município do Rio de Janeiro.**

#### 1.5 QUESTÕES NORTEADORAS

Em consonância ao objeto de estudo proposto, esta dissertação terá como **questões de investigação**:

Como as(os) enfermeiras(os) vivenciam as práticas do rastreamento do câncer do colo uterino na Atenção Primária à Saúde?

Quais são as experiências das(os) enfermeiras(os) em relação à integralidade da atenção nas práticas da linha de cuidado do câncer do colo uterino na Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro?

#### 1.6 OBJETIVO GERAL

Compreender os significados das vivências das(os) enfermeiras(os) no que se refere às práticas do rastreio do câncer do colo do útero no contexto da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro.

#### 1.7 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1- Identificar as potencialidades e as fragilidades referentes às práticas de rastreio do câncer do colo do útero entre as mulheres de 25 a 64 anos a partir da perspectiva das(os) enfermeiras(os) da Atenção Primária à Saúde.

2- Determinar sobre a participação da(o) enfermeira(o) nas práticas de rastreio do câncer do colo do útero no contexto do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro.

3- Discutir a respeito das práticas do rastreamento do câncer do colo do útero na perspectiva da integralidade do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

4- Elaborar material educativo no formato de cartilha digital destinado aos ACS que atuam no rastreamento do câncer do colo do útero no contexto da Atenção Primária à Saúde.

## 1.8 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

No que se refere ao aspecto assistencial, esta investigação propõe mudanças no processo do trabalho da ESF no sentido do aprimoramento das ações de prevenção e controle do câncer do colo do útero implementadas nos territórios. Corroborando ao aspecto assistencial, realizar oficinas nas clínicas da família para a apresentação dos resultados da pesquisa e discussão sobre possíveis desdobramentos, tendo em vista a melhora da qualidade assistencial. No campo do ensino, as contribuições poderão estar relacionadas ao desvelamento da realidade experienciada pelos enfermeiros e vivenciadas pelas mulheres, bem como à proposição de novas perspectivas do cuidado em saúde que poderão ser enfocadas e problematizadas no âmbito da formação profissional. No campo da pesquisa, espera-se contribuir na construção de conhecimentos científicos na área de atenção primária, especialmente, por meio de uma abordagem qualitativa centrada no protagonismo dos profissionais que estão na linha de frente da atenção à saúde.

Ademais, ressalta-se como contribuição desse estudo, a construção de um produto técnico-tecnológico, a saber, uma cartilha com orientações aos agentes comunitários de saúde acerca da importância do rastreamento do Câncer do Colo do Útero, e tem como objetivo fortalecer a busca ativa das usuárias visando à adesão ao exame Papanicolau. Conta com informações sobre: o câncer do colo do útero; meios de prevenção da doença; periodicidade da coleta do exame preventivo; abordagem das usuárias.

Na elaboração desta cartilha, foram observados os seguintes aspectos: adequação ao público-alvo; linguagem clara e objetiva; informações confiáveis; visual leve e atraente. Considera-se que o uso da cartilha possa facilitar o entendimento sobre a importância do rastreamento do CCU e o papel do agente comunitário de saúde na busca ativa das mulheres para a realização do exame preventivo.

Essa cartilha será encaminhada ao centro de estudos e aos profissionais do cenário pesquisado como uma proposta, permitindo a discussão e compartilhamento de ideias, para que seja avaliada e posteriormente aprovada.

## 1.9 JUSTIFICATIVA

No âmbito global, a incidência de câncer tem aumentado nos últimos anos representando a segunda principal causa de morte; o impacto econômico decorrente da doença também tem sido relevante. O CCU acometeu, em 2018, um expressivo número de mulheres ao redor do mundo, período no qual foram registrados aproximadamente 570 mil casos novos (OPAS, 2019).

Aproximadamente, 311 mil mulheres morreram de CCU em 2018, mais de 85% dessas mortes ocorreram em países de baixa e média renda (OPAS, 2019). A alta taxa de mortalidade por essa doença no mundo é de 6.9 por 100.000 habitantes no mesmo período, e poderia ser reduzida por meio de programas eficazes de triagem e tratamento. O rastreamento de, no mínimo, 80% da população-alvo, somado ao diagnóstico e tratamento precoces dos casos alterados, possibilita reduzir, entre 60 a 90% a incidência do câncer de colo invasivo (OMS, 2019).

Considera-se esse agravo como um problema de saúde pública em decorrência do alto índice de letalidade entre mulheres de diferentes idades (OMS, 2019). No Brasil, a incidência estimada de CCU para o ano de 2023 foi de 17.010 com taxa de 13,25% a cada 100 mil mulheres. Chama a atenção também as disparidades da ocorrência do câncer nas diferentes regiões (INCA, 2022). O CCU ocupa o terceiro lugar primário de incidência e de mortalidade por câncer em mulheres no país, posiciona-se atrás do câncer de mama e do colorretal, excluindo-se os casos de câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2016).

Problemas relativos à apresentação tardia das mulheres ao diagnóstico e tratamento inacessíveis são recorrentes (OPAS, 2019), apesar de o exame citopatológico para o rastreamento ser considerado um método com alta eficiência na detecção precoce das lesões precursoras do câncer invasivo e ter um baixo custo. Um dos principais pontos relacionados a esse quadro, é a dificuldade das usuárias no acesso ao exame preventivo, aspecto referente à organização dos serviços da ESF que pode comprometer a participação do grupo alvo do PNCCCU nas ações de

promoção, prevenção e detecção precoce do CCU (ANDRADE *et al.*, 2017). De fato, a ação de rastreamento do CCU configura-se como um desafio a ser superado pelos técnicos e gestores, o que depende também do fortalecimento da mobilização social.

Em razão das crescentes taxas de morbidade e mortalidade por câncer, bem como da necessidade de atingir e de interagir com o grupo alvo de modo mais efetivo, a fim de potencializar a prevenção do CCU, foi realizado o presente estudo que teve centralidade nos enfermeiros que atuavam na ESF do MRJ com experiência na Linha de Cuidado da Saúde da Mulher. Optou-se pelo foco nas práticas de rastreamento do câncer do colo do útero, especialmente, naquilo que diz respeito ao universo simbólico e subjetivo.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 ASPECTOS CLÍNICOS DO CÂNCER DE COLO UTERINO

O câncer do colo do útero é definido pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e levando a invasão de estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Existem duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso, representando em torno de 90% dos casos, e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular, em média 10% dos casos (BRASIL, 2019).

Trata-se de uma patologia que cursa com desenvolvimento lento, que pode transcorrer sem apresentar nenhum sintoma em sua fase inicial e progredir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (BRASIL, 2019).

O câncer do colo do útero evolui lentamente, na maioria dos casos, com fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Apresenta, dentre todos os tipos de câncer, um dos mais altos potenciais de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. Sua incidência situa-se entre mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos, aumentando progressivamente seu risco, atingindo seu pico, geralmente na faixa etária de 50 a 60 anos (BRASIL, 2019).

Considera-se que a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) representa o principal fator de risco para o câncer de colo de útero, quase 100 % dos casos são causados por um dos tipos de HPV atualmente reconhecidos como oncogênicos pela Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer (IARC). Destes, os tipos mais comuns são o HPV (16 e 18), estando presente em cerca de 70% dos casos (BRASIL, 2013). Entre outros fatores de risco, foram identificados os socioeconômicos, os hábitos de vida, que incluem o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais, o tabagismo, os hábitos inadequados de higiene e o uso prolongado de contraceptivos orais (SOUZA, 2008).

Como sua transmissão ocorre por via sexual, por meio de micro lesões na mucosa ou pele da região genital, o uso da camisinha durante a relação sexual é uma forma de prevenir e está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV, mas não protege totalmente, pois o contágio também pode ocorrer por contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e bolsa escrotal (SOUZA, 2008). A principal forma de prevenção primária é a utilização da vacina contra o HPV, abrangendo os subtipos 6,11,16 e 18 que estão disponíveis no Brasil na rede pública desde 2014, a vacina quadrivalente contra o HPV para meninas e, em 2017, para meninos, sendo 2 doses, e para pessoas com sistema imunológico comprometido até os 45 anos, nesses casos, serão 3 doses da vacina (FEBRASGO,2023). Contudo, essas medidas não eliminam a necessidade de rastreamento (prevenção secundária), já que não oferecem proteção para 30% dos casos ocasionados por outros tipos virais (BRASIL, 2013).

Cabe ressaltar que mesmo com a oferta da vacina profilática contra o HPV e a realização do exame Papanicolau (preventivo), o CCU continua a apresentar altas taxas de incidência e mortalidade, especialmente nos países em desenvolvimento (OMS, 2019).

A prevenção secundária abrange a detecção precoce (em indivíduos com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento – aplicação de teste ou exame em uma população aparentemente saudável, assintomática com o objetivo de identificar lesões precursoras ou suspeitas e encaminhar para investigação e tratamento (BRASIL, 2013).

O exame Papanicolau ou citopatológico do colo do útero (conhecido como preventivo) é uma forma de prevenção secundária, fornecido pela citologia do esfregaço vaginal. O exame é utilizado em programas de rastreamento para detecção precoce, sendo recomendado pelo Ministério da Saúde prioritariamente para mulheres de 25 a 64 anos, ele é seguro e efetivo, além de ter baixo custo (SOUZA, 2008).

O rastreamento deve ser iniciado aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiverem relação sexual e deve seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos nos últimos cinco anos (BRASIL, 2013). Não foram observadas evidências de que o exame seja útil fora desse intervalo de idade, vários fatores devem ser levados em consideração para a realização fora dessa faixa etária como a longevidade da população e a baixa

incidência de lesões precursoras abaixo dos 25 anos, dentre outros fatores. O exame é realizado anualmente por dois anos consecutivos, se os resultados forem negativos, passa a ser realizado com intervalo de 3 anos. Nas mulheres com mais de 64 anos e que nunca fizeram o exame, deve-se realizar dois exames consecutivos com intervalo de um a três anos, estando ambos negativos elas podem ser dispensadas do rastreamento (BRASIL, 2013).

As gestantes devem seguir as mesmas recomendações de periodicidade e faixa etária do rastreamento do CCU como as demais mulheres, oportunizando a realização do exame citopatológico na consulta de pré-natal (BRASIL, 2013; INCA, 2016). Nesse contexto do rastreamento, se enquadram as mulheres lésbicas, bissexuais, pessoas não binárias que tiveram o sexo feminino designado ao nascer e os homens trans que ainda possuem o colo uterino. No Brasil, ainda falta englobar essa população nas diretrizes específicas do rastreamento do CCU. Para pacientes transexuais, a *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomenda que o rastreio em homens transexuais que ainda possuem o colo uterino deve ser feito de acordo com as mesmas diretrizes de mulheres cisgênero (FLORIDO; ELIAM, 2020; BRASIL, 2013).

Cabe ressaltar que as mulheres com imunossupressão (Mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), mulheres imunossuprimidas por transplante de órgãos sólidos, em tratamentos de câncer e usuárias crônicas de corticosteroides) devem realizar o exame citopatológico com intervalos semestrais no primeiro ano e, se normais, fazer seguimento anual enquanto mantiver o fator de imunossupressão. Mulheres HIV positivas com CD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> mantêm o rastreamento citológico a cada seis meses, até ter a correção dos níveis de CD4 (BRASIL, 2013, INCA, 2016).

## 2.2 CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL: BREVE HISTÓRICO

Na década de 1980 do século passado, o MS implementou programas de saúde dentre os quais o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) cujo objetivo foi prestar assistência integral mediante ações preventivas e de promoção da saúde, visando assegurar a redução das taxas de mortalidade e

morbidade, a qualidade de vida da população alvo, a cidadania (BRASIL, 2001). O PAISM trouxe novo horizonte na abordagem da saúde da mulher, uma proposta diferenciada do modelo de atenção materno-infantil que até então vigorava nas políticas de atenção à mulher. Ao atendimento à saúde reprodutiva das mulheres foram incorporadas propostas de ação direcionadas à atenção integral à saúde e não somente ações isoladas em planejamento familiar. Portanto, houve uma ampliação do reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres (OSIS, 1998).

Tratava-se de substituir a forma reducionista de pensar os problemas de saúde das mulheres focado no ciclo gravídico puerperal, para uma perspectiva que incluísse os contextos culturais e os demais determinantes sociais atrelados aos processos de saúde e de adoecimento desse grupo. Tais pretensões foram alcançadas, parcialmente, já que algumas peculiaridades do adoecimento feminino, sobretudo aquelas determinadas culturalmente como as questões de gênero, seguem como desafios a serem superados no caminho da construção de uma atenção integral (MATTOS, 2009).

Na mesma década, também estava em curso no país a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que se configurou como importante mobilização social que reivindicava, por meio de lutas dos diferentes movimentos sociais, melhores condições de vida e saúde de qualidade. Dessa iniciativa, emergiram mudanças paradigmáticas, conceituais e organizacionais para o âmbito da saúde que influenciaram as políticas de atenção à mulher formuladas a partir de então (MACHADO *et al.*, 2007). A saúde estabelecida como direito de todos e dever do Estado foi assegurada a partir da Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 e consolidada pelas bases do Sistema Único de Saúde (SUS), que tinha como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde (BRASIL, 1988).

Com a instituição progressiva do SUS, investimentos foram feitos na APS como, por exemplo, a implementação da ESF, em 1994, que foi determinante para a reorientação do modelo de atenção à saúde. Definida como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, cujo objetivo foi assegurar assistência integral à população, substituindo o modelo tradicional centrado no hospital e na cura de enfermidades, por uma atenção baseada na percepção ampliada do processo saúde-

doença, focada na família, em seus ambientes físico e social (BRASIL, 2011b; SOUZA, 2001).

A APS foi considerada como eixo estruturante do SUS e, por intermédio da ESF, foram introduzidas novas bases e critérios com foco na prevenção, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Na assistência à mulher, o enfoque na atenção ao pré-natal, parto, puerpério e planejamento reprodutivo foi ampliado com a abordagem dos cânceres do colo do útero e de mama, incluindo as ações de promoção, detecção precoce e controle (BRASIL, 2001). Nessa ótica, interessa o atendimento integral das mulheres que pressupõe o acolhimento das suas demandas, o acesso aos serviços, assim como as respostas às suas necessidades.

A avaliação das referidas ações foi estruturada com base nos atributos essenciais e derivados da APS, uma vez que esses implicam a melhoria dos indicadores de saúde e a satisfação do usuário. Ressaltam-se os eixos estruturantes do processo de trabalho que estão associados à implementação e à qualidade das ações, quais sejam: os atributos essenciais - atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e os atributos derivados - abordagem familiar, a orientação comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002).

A OMS recomenda uma abordagem integral para prevenção e controle do câncer do colo do útero, que inclui um conjunto de ações e intervenções ao longo da vida, com atuação multidisciplinar, para contemplar os componentes de educação comunitária, mobilização social e os três componentes essenciais: a vacinação, o rastreamento, o tratamento das lesões pré-cancerosas e cuidados paliativos (OMS, 2019).

A fim de que a integralidade das ações direcionadas às mulheres se concretizasse, considerou-se estratégico que a rede de atenção ao câncer do colo do útero estivesse alinhada com a lógica de organização dos serviços de diferentes níveis em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), na qual a APS desempenhasse seu papel como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada no sistema e de coordenadora do cuidado. Nesse sentido, a humanização e acolhimento à mulher deveriam ser entendidos como essenciais no modo como elas são atendidas, o que pressupõe a prática do cuidado em saúde, isto é, a valorização da técnica associada à uma abordagem ética e das dimensões subjetiva e cultural (MS, 2013).

Também foram estratégicas a formulação de ações promotoras de saúde que visavam ao aperfeiçoamento do rastreamento dos cânceres do colo do útero e que tinham como meta o aumento da cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos e o tratamento de 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. A Política Nacional de Promoção à Saúde que objetiva promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade à saúde e ampliar a autonomia das usuárias é que induziu às práticas promotoras de saúde, que na APS tem um locus privilegiado, uma vez que está mais próxima do dia a dia das usuárias. As ações educativas possibilitam a socialização do conhecimento e a conscientização comunitária sobre o CCU com vistas ao aumento da adesão das mulheres ao exame Papanicolau e o reforço da informação sobre os sinais e sintomas de alerta da doença (MS, 2013).

As intervenções na promoção da saúde, assim como na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos referentes ao CCU foram organizadas por meio da racionalidade da “Linha de Cuidado” que inclui diferentes pontos de atenção. Com base no conhecimento da “trajetória assistencial”, foram organizados os fluxos dos usuários segundo suas necessidades. Nesse cenário, cabe à APS: coordenar o cuidado; realizar o citopatológico; encaminhar o material para análise e receber os laudos. A conduta deve estar de acordo com o resultado e, se precisar encaminhar para outro serviço, informar sobre os dados do quadro clínico e do resultado do exame. Caso necessário, o acompanhamento das usuárias deve ocorrer durante todo o tratamento. A equipe deve também verificar a adesão ao tratamento e, no cuidado paliativo, propiciar o tratamento da mulher na UBS ou no domicílio (MS, 2013).

Inserido no contexto das políticas voltadas à saúde da mulher foi implantado, em 1997, o programa piloto Viva Mulher, que deu origem, no ano seguinte, ao Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama com objetivo de reduzir a mortalidade e as consequências psicossociais que as neoplasias do colo do útero podem causar nas mulheres. Neste mesmo ano, foi instituído o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO - para monitoramento e gerenciamento das ações (Portaria nº 408, de 30/08/1999), (BRASIL, 2016).

Em 2004, o Ministério da Saúde em parceria com diversos setores da sociedade, lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher com

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; dentre os agravos preveníveis se encontra o câncer do colo do útero (BRASIL, 2016).

No ano seguinte, 2005, o MS lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica, que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2016).

No ano de 2006, foi reafirmada, no pacto pela saúde, a importância da detecção precoce dessas neoplasias, por meio da inclusão de indicadores específicos na pactuação de metas com estados e municípios. Nesse período, também foi publicada pelo INCA a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais de Condutas Preconizadas, padronizando os diagnósticos citopatológicos e orientando os profissionais envolvidos no cuidado às mulheres com alterações citológicas identificadas no rastreamento (BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde, ao levar em conta a relevância epidemiológica do CCU, no Brasil, instituiu, em 2010, um Grupo de Trabalho com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero. As conclusões e recomendações foram reunidas no Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero: Sumário Executivo, publicado pelo INCA em 2010 (BRASIL, 2016).

O governo federal reafirmou como prioritário o controle do CCU em 2011, quando também houve o lançamento das ações para o fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Também foram publicadas pelo INCA as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero com a revisão e atualização das recomendações de conduta clínica existentes na Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais de Condutas Preconizadas (BRASIL, 2016).

O Sistema de Informação de Câncer (Siscan), por sua vez, foi instituído no ano de 2013. Trata-se de uma versão em plataforma web que integra o Siscolo e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (Sismama). Em outras ações, no mesmo ano, o Ministério da Saúde redefiniu a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das

Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2016). Já em 2014, foram definidos os Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC) e os Serviços de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM), (BRASIL, 2016).

Em 2019, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) convocou seus estados membros a acelerarem os esforços de prevenção e controle para criar um futuro sem câncer do colo do útero, que é o terceiro mais comum entre as mulheres na América Latina e no Caribe. Com o intuito de aumentar a sensibilização da população sobre o CCU, a OPAS lançou, em novembro de 2018, a campanha de comunicação “É hora de acabar com o câncer do colo do útero”. Sob o lema “Não deixe o câncer de colo do útero te deter”, a iniciativa fornece informações sobre vacinas contra o HPV e convoca as mulheres a fazerem exames regulares para detectar lesões pré-cancerosas. A campanha propõe a redução em um terço dos novos casos de CCU e mortes na região, até 2030, conforme acordado pelos Ministros da Saúde da região na reunião do Conselho Diretor da OPAS em 2018 (OPAS, 2019).

### 3 SENTIDOS DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

No Brasil, registrou-se um marco histórico no setor saúde, na década de 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) cujos princípios doutrinários definidos foram a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 2020). Tal fato foi possível a partir da Constituição Federal de 1988; em seu artigo 196, estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

No que se refere ao termo “saúde” destaca-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definiu como: “*Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*” (OMS, 1946). Por outro lado, o conceito de saúde ampliado cunhado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, estabeleceu que:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CNS, 1986, p. 12).

Nota-se, nesse ponto, um movimento de ampliação da compreensão do que seja “saúde” que remete à qualidade de vida e à cidadania.

Quanto à “integralidade” ressalta-se a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços, em seu capítulo II, versa sobre os princípios e diretrizes e esclarece que a integralidade da assistência é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Salienta-se que a “integralidade” no dicionário, etimologicamente, significa: “característica, particularidade ou condição do que é integral (completo). O conjunto de tudo aquilo utilizado para formar ou completar um todo; completude” (HOUAISS, 2001, p.885). Entretanto, há de se levar em conta que é um termo que pode ser empregado de forma plural. Oliveira *et al.* (2018) elucidam que a Integralidade não se define, não se conceitua; ela tem sentidos, sentidos múltiplos.

Como princípio norteador do SUS, a integralidade pode ser considerada “um dispositivo político de crítica de saberes e poderes instituídos por práticas cotidianas, que habilitam os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde” (PINHEIRO E GUIZARDI, 2008 p. 23).

A integralidade também pode ser concebida como direito à saúde, ou seja, no que se refere à cidadania. Para sua efetivação, diversas iniciativas têm sido empreendidas com o intuito de superar os entraves e para que os indivíduos possam usufruir do pleno direito à saúde (BRITO-SILVA, BEZERRA, TANAKA, 2012).

A partir do século XX, o termo integralidade passou a ser empregado no campo da saúde e considerado em seu caráter polissêmico. Um dos significados atribuídos à integralidade tem a ver com a definição de uma das diretrizes do SUS, mas para, além desse horizonte, é possível identificar outras dimensões que podem ser complementares e compreendidas de forma mais profunda de acordo com o olhar de diferentes autores.

Para Cecílio (2009), que defende uma concepção ampliada de integralidade da atenção com base nas necessidades de saúde, a primeira dimensão é a “integralidade focalizada”. Esta deve ser entendida como resultado de vários saberes de uma equipe multiprofissional, no cenário, e singular dos serviços de saúde (níveis primário, secundário e terciário da atenção). Tal dimensão denominada “focalizada” se refere a um lugar delimitado (micro) de um serviço de saúde onde o encontro do usuário com os profissionais deve ser mediado pela responsabilização, o compromisso e a escuta qualificada, visando a atender as necessidades de saúde, e não apenas responder às demandas pontuais ou emergenciais.

Nesse sentido, a integralidade focalizada significa um esforço de trabalhadores e equipe na atenção ao sujeito com o intuito de produzir, por meio do emprego de tecnologias leves de cuidado, vínculo, confiança, enfim, o encontro entre as partes.

A segunda dimensão da integralidade descrita por Cecílio (2009) diz respeito a uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede complexa constituída de diferentes serviços, incluindo instituições fora do setor saúde. É a abordagem “macro” da integralidade, por intermédio da qual é possível a articulação entre os serviços de saúde com densidades tecnológicas diversas. Nessa lógica, a integralidade da atenção é pensada em rede, isto é, ela ocorre em diferentes lócus com o objetivo de que as necessidades do indivíduo sejam atendidas com a participação de profissionais

de diferentes níveis de atenção à saúde, bem como de instituições ou organizações de outros setores.

Cecílio (2009) menciona ainda o que ele chama de “integralidade ampliada”, que consiste na articulação em rede correspondendo à “máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros”. Interessa nesse ponto, responder às necessidades do usuário por meio da conjugação de esforços entre a dimensão “micro” (focalizada) e a “macro” que são complementares e dependentes entre si, com enfoque na importância da articulação intersetorial (CECÍLIO, 2009).

A concretização da integralidade em saúde constitui-se em um desafio para o SUS. Entretanto, a superação da fragmentação da atenção à saúde por meio da implantação das RAS parece ser um caminho interessante para o alcance deste princípio, visto que as práticas na lógica da rede estão fundamentadas no entendimento das ações e serviços de saúde, buscando garantir a integralidade no cuidado aos sujeitos, população e comunidade (MENDES, 2011).

Mattos (2009) contribuiu com destaque a três sentidos relativos à integralidade, tais como: boas práticas dos trabalhadores da saúde; organização dos serviços e as políticas de saúde.

No contexto das práticas profissionais, a formação dos trabalhadores da saúde está relacionada ao sentido na integralidade, no que tange ao objetivo de substituir a educação baseada no modelo biomédico pelo ensino voltado ao cuidado em saúde, centrado no indivíduo. Trata-se de buscar na atitude profissional a rejeição à redução do usuário à esfera biológica ou à sua queixa, o que implica a intenção de atender suas necessidades de saúde de uma maneira ampliada, levando em conta as dimensões psicológica, social, espiritual, cultural e ambiental. Ressalta-se, nas práticas, a valorização das relações intersubjetivas por meio das quais os profissionais estabeleçam vínculo com sujeitos e não os considerem como objetos, e possam compreendê-los em sua totalidade. Os trabalhadores da saúde são essenciais para a efetivação deste princípio, urge a necessidade de superação das práticas fragmentadas dando lugar a uma prática integral. É esse modelo da integralidade que é proposto para as práticas de saúde da APS por meio da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), (BRASIL,2017).

O entendimento sobre o primeiro sentido da integralidade apontado por Mattos, possibilita a reflexão sobre o movimento dos profissionais de saúde e do serviço em identificar, do ponto de vista do usuário, suas necessidades de ações e serviços de saúde. Além disso, significa fazer atenção à aplicação das técnicas de prevenção de maneira oportuna, porém, ao mesmo tempo, considerar as demais necessidades diferentes da prevenção e do tratamento das enfermidades. O autor ressalta que essa compreensão a respeito da integralidade deve ser vista como um valor relacionado às práticas de saúde (MATTOS, 2009, p. 56)

Trata-se de pensar a integração entre as ações coletivas e preventivas e as ações curativas no cenário dos serviços de saúde alinhadas às ações intersetoriais e, desse modo, superar a dicotomia entre promoção e assistência. As atitudes profissionais baseadas nessas concepções podem potencializar as práticas integrais existentes, bem como favorecer a implementação de novas experiências.

Quanto ao segundo grupo de sentidos da integralidade, nota-se que, na sua compreensão, Mattos (2009) leva em conta que a integralidade pode ser considerada para além de uma atitude ou postura profissional e vincular-se a um modo de organizar as práticas de saúde e o processo de trabalho, que guarda relação com o panorama epidemiológico, assim como com o alcance das metas estipuladas pelos gestores. Neste ponto, salienta-se a epidemiologia como disciplina privilegiada que viabiliza o diagnóstico situacional no que concerne às necessidades de saúde dos usuários de determinado território.

Parte-se da premissa da organização do serviço estar em sintonia com uma visão ampliada das necessidades da população, que pode ser facilitada com a adoção da potencialização do vínculo, bem como do diálogo entre profissionais, usuários e seus familiares e com a incorporação de distintas maneiras de se levar em conta as características dos serviços de saúde. A ideia de horizontalização, como meio para a reorganização do trabalho baseado na equipe como referência do cuidado em saúde, redundou em foco na demanda espontânea e nas atividades coletivas como práticas estratégicas (SANTOS, MISHIMA, MERHY, 2018).

Com relação ao terceiro sentido da integralidade, assinala-se que é alusivo às políticas, representando respostas governamentais a um determinado problema de saúde que pode acometer a população ou determinado grupo populacional, e importando a incorporação, articulação e integração entre as práticas preventivas e

assistenciais. Portanto, a formulação das políticas públicas deve abarcar os sujeitos que constituem a população alvo tendo em vista seu contexto de vida. Aqui, integralidade assume um sentido de recusa ao reducionismo dos seus objetos de intervenção, pelo contrário, há que se ampliar o olhar e considerar os Determinantes Sociais de Saúde (MATTOS, 2009).

## 4 PERCURSO METÓDICO DO ESTUDO

### 4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva cujos dados foram analisados à luz do referencial teórico sobre os conceitos de integralidade em saúde, e tomando como base as Políticas de Controle do CCU no Brasil. A integralidade em saúde é um valor e seus diferentes sentidos têm em comum a identificação ampla das necessidades dos usuários dos serviços com foco na interface entre as ações preventivas, assistenciais e a complexidade dos seres humanos (MATTOS, 2009).

A pesquisa exploratória tem por finalidade possibilitar melhor familiarização sobre um assunto, torná-lo mais compreensível ou provocar a construção de hipóteses e permitir a delimitação de uma temática e de seus objetivos. Em geral, envolve levantamento bibliográfico, entrevistas, aplicação de questionários ou estudo de caso (GIL, 2009).

A pesquisa descritiva, por sua vez, tem por objetivo descrever as características de uma população, amostra, conjunto de dados de um fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2009). Nesse tipo de pesquisa, é habitual a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Ex.: pesquisa referente à idade, sexo, procedência, eleição etc.

A pesquisa qualitativa conforme descreve Minayo (2010, p. 57), pode ser definida como:

(...) é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões (IBGE, 1976; Parga Nina et.al 1985), as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos.

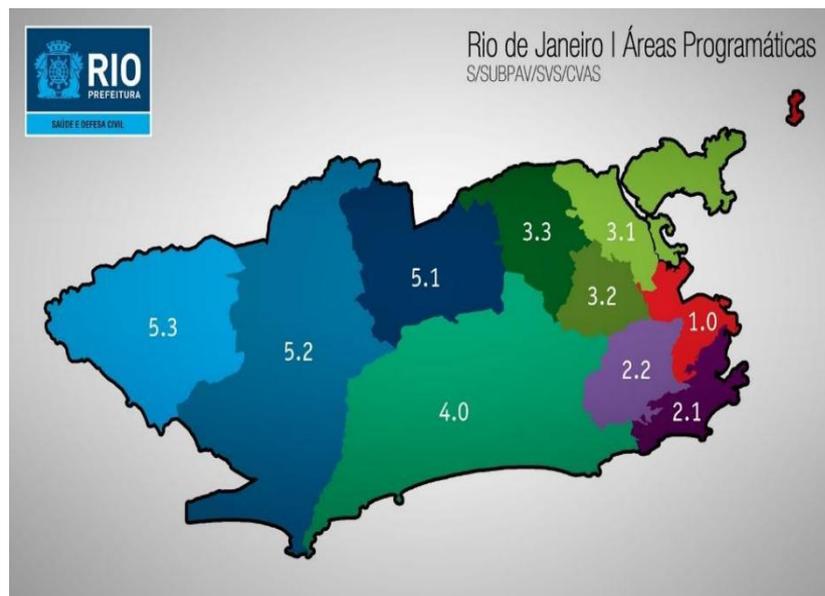
Esse tipo de pesquisa proporciona maior compreensão do problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, sentimentos e desejos, sempre dentro do contexto social no qual ocorre. (LEOPARDI, 2001).

A utilização dessa metodologia leva a identificar aspectos objetivos e subjetivos por meio da percepção dos enfermeiros sobre a adesão ao exame citopatológico para rastreamento do câncer do colo do útero entre as mulheres de 25 a 64 anos.

#### 4.2 CAMPO DE PESQUISA

O cenário da pesquisa constitui-se por 7 unidades de Saúde da Família da área de planejamento 1.0 localizada na região central do Município do Rio de Janeiro e integrada pelos seguintes bairros: Centro, São Cristóvão, Rio Comprido, Saúde, Gamboa, Santo Cristo, Caju, Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Mangueira, Benfica, Vasco da Gama, Paquetá e Santa Teresa.

Figura 1 - Divisão do Município do Rio de Janeiro em Áreas Programáticas



Fonte: Departamento de Atenção Básica, SMSRJ, 2017.

Foram selecionadas sete Clínicas da Família: Sergio Vieira de Mello, Estácio de Sá, Salles Netto, Estivadores, Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli, Nélio de Oliveira e Fernando Antônio Braga Lopes. Estes serviços de saúde apresentaram os maiores e menores indicadores de resultados dos exames citopatológicos para detecção do CCU de acordo com o parâmetro da Razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero, segundo indicador da Subsecretaria de Promoção da Saúde

Atenção Primária e Vigilância de Saúde- SUBPAV, no ano de 2019, conforme tabela a seguir.

Tabela 1 - Razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero-SUBPAV-2019.

Unidades de saúde da Área Programática (AP) 1.0		
RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO		
Parâmetro/Meta Pactuada: 0,40		
Dados retirados do SUBPAV (prefeitura), ano de 2019.		
Unidades (17)	Parâmetro/Meta Pactuada: 0,40	Total de coleta em 2019
CMS OSWALDO CRUZ	0,31	485 exames
CF SERGIO VIEIRA DE MELLO	0,28	587 exames
CSE SAO FRANCISCO DE ASSIS	0,28	225 exames
CMS ERNANI AGRICOLA	0,25	385 exames
CF ESTIVADORES	0,25	292 exames
CF MEDALHISTA OLIMPICO MAURICIO SILVA	0,24	583 exames
CF ESTÁCIO DE SÁ	0,23	471 exames
CSE LAPA	0,23	236 exames
CMS SALLES NETTO	0,21	510 exames
CF DONA ZICA	0,21	437 exames
CF NELIO DE OLIVEIRA	0,21	251 exames
CMS JOSE MESSIAS DO CARMO	0,20	384 exames
CF MEDALHISTA RICARDO LUCARELLI DE SOUZA	0,19	538 exames
CMS MANOEL ARTHUR VILLABOIM (PAQUETÁ)	0,19	143 exames
CMS MARCOLINO CANDAU – (Não tem mais a clínica)	0,18	22 exames
CMS ERNESTO ZEFERINO TIBAU JR	0,17	287 exames
CF FERNANDO A BRAGA LOPES	0,13	366 exames

Fonte: Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde- SUBPAV.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da pesquisa 19 enfermeiros que atuavam em atividades assistenciais. Considerou-se, inicialmente, uma amostra de 24 enfermeiros, dos quais 2 estavam afastadas devido à licença maternidade e 3 recusaram-se à participação, enquadrando-se, portanto, nos critérios de exclusão delimitados para o estudo. Dos demais enfermeiros, após serem convidados, 19 aceitaram participar.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão definidos foram: ter experiência de pelo menos dois anos no acompanhamento de usuárias na ESF e aceitar participar da pesquisa. Já os critérios de exclusão determinados foram estar em período de afastamento de suas atividades laborais no decorrer de toda etapa da coleta de dados ou desistência de participação na pesquisa por algum motivo.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS PARA OBTENÇÃO DE DADOS DE PESQUISA

Inicialmente, os gerentes das unidades de saúde selecionadas foram contatados por e-mail e, posteriormente, pessoalmente, a fim de que a pesquisadora pudesse prestar os esclarecimentos sobre a pesquisa, bem como pactuar a participação dos enfermeiros como depoentes. Este encontro foi o primeiro passo, um movimento de familiarização com o campo da pesquisa. Os enfermeiros foram contatados por meio de telefone ou, presencialmente, para apresentação do projeto de pesquisa, leitura e esclarecimento sobre o TCLE, bem como sua assinatura e negociação do agendamento das entrevistas. Devido à pandemia do Covid-19, a pesquisadora precisou retornar mais de uma vez a algumas unidades de saúde até obter o agendamento e, na sequência, a entrevista. A rotina das unidades de saúde onde ocorreram as entrevistas foi respeitada, de forma que a pesquisadora foi bem recebida.

O próprio serviço foi o local eleito para a realização das entrevistas que ocorreram em horário previamente agendado, em local restrito, de forma a garantir o sigilo dos depoimentos, e foram gravadas em aparelho eletrônico de Mp4 para manter a total fidelidade aos depoimentos, com uma média de duração de trinta minutos. Uma pesquisadora previamente treinada conduziu a entrevista, se apresentou ao entrevistado, elucidou os objetivos, os aspectos éticos e recolheu a sua anuência.

O uso da entrevista individual foi escolhido por permitir compreender a subjetividade do indivíduo por meio de seus depoimentos, pois se trata do modo como aquele sujeito observa, conhece e analisa determinado assunto. Esta modalidade de

entrevista é muito utilizada em estudos de caso, história oral, histórias de vida e biografias, que demandam um nível maior de detalhamento (GASKEL, 2014).

A vantagem desse tipo de entrevista é que as informações fornecidas refletem a vivência do entrevistado, constituindo a representação da realidade: ideias, crenças, maneira de pensar, sentimentos, projeções do futuro (MINAYO, 2010).

A produção de dados ocorreu de março a julho de 2021 e, para acesso ao ser de cada um dos participantes, foi utilizada a entrevista semiestruturada com roteiro de questões (apêndice 2). Neste tipo de entrevista, abre-se a possibilidade ao entrevistado de discorrer livremente sobre o tema em pauta, sem se prender à indagação formulada. Trata-se de uma conversa com finalidade, que permite acesso aos fatos relatados pelos entrevistados. Nesse tipo de entrevista, o entrevistado tem liberdade para se posicionar favoravelmente ou não sobre o tema, sem se prender à pergunta formulada. (MINAYO, 2010).

A conduta da pesquisadora se deu no sentido de deixar os participantes expressarem aquilo que consideraram relevante e, dessa forma, compreender a maneira desses profissionais significarem o rastreamento do CCU no mundo compartilhado. Foram também registradas todas as manifestações identificadas como sutilezas que se referiram à emoção de falar sobre suas experiências.

A fim de manter o anonimato sobre a identidade das participantes, utilizaram-se os códigos “E” referente à enfermeira, seguidos por número ordinal, que variou de um a dezenove. Na sequência, as enunciações das entrevistas foram transcritas na íntegra. Para nortear as entrevistas, foi utilizado roteiro individual que abordou os aspectos das práticas dos profissionais no rastreamento do CCU.

Dados dos participantes também foram levantados para caracterizar o perfil dos profissionais entrevistados, tais como: idade, gênero, participação em curso de especialização e tempo de atuação na APS, a fim de contribuir para o futuro processo analítico.

As questões disparadoras integrantes do roteiro de entrevista foram as seguintes:

1-Do seu ponto de vista, quais são as potencialidades e as fragilidades das práticas de rastreamento do câncer do colo do útero realizadas neste serviço de saúde?

2- Para você, como ocorre a inserção dos(as) enfermeiros(as) nas práticas de rastreamento do câncer do colo do útero no contexto do processo de trabalho das equipes deste serviço de saúde?

3- Fale livremente acerca da sua percepção sobre a interação com as usuárias decorrente das práticas de rastreamento do câncer do colo do útero, realizadas neste serviço de saúde, considerando a abordagem psicossocial e cultural das mulheres.

A suficiência dos dados foi determinada pelo critério de saturação de dados empíricos, quando houve a repetição das respostas sem novos argumentos sobre as questões formuladas, e a percepção de que os dados coletados não mais contribuíram para seu adensamento, resultando no encerramento das entrevistas. Tal critério implica um conhecimento formado pelo pesquisador no campo de que se compreendeu a lógica interna do grupo, ou ainda, pelos indícios oriundos do material empírico, sem recorrência de novos significados sobre o fenômeno pesquisado nos discursos (MINAYO, 2017).

Foram utilizados dados secundários coletados por meio de acesso aos sites do Ministério da Saúde e da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (SUBPAV).

Nascimento (2018) afirma que uma pesquisa se considera saturada quando a coleta de dados não mostra nenhum elemento novo e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado. Trata-se de um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de dados. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes.

Para Minayo (2017), o pesquisador não deve trabalhar com o conceito de saturação em mente, pois, em sua visão, não há medida pré-estabelecida para o entendimento das informações necessárias a um adequado trabalho de pesquisa. Ressalta que o importante é prevalecer a certeza do pesquisador de que, mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise do material das entrevistas, utilizou-se como técnica de investigação, a análise de conteúdo temática, conjunto de técnicas de análise das comunicações que possibilitam a descrição objetiva, sistemática, quantitativa do

conteúdo expressado e tem como objetivo a interpretação do conteúdo de textos, assim como a descoberta dos núcleos de sentido de uma comunicação (BARDIM, 2011).

De acordo com Bardin (2011), a análise de conteúdo constitui-se por três etapas: 1ª) pré-análise, 2ª) exploração do material e 3ª) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na etapa de pré-análise, foi organizado todo o material coletado nas entrevistas num movimento de preparação das informações. A leitura flutuante ocorreu com intuito de sistematizar as ideias iniciais ou demarcar os temas centrais.

A escolha dos documentos para constituição do *corpus*, conjunto de documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos, foi realizada com atenção às seguintes regras: a **exaustividade**, que pressupõe a inclusão de todos os elementos do *corpus*, sem exclusão de qualquer um dos seus elementos; a **representatividade**, que significa que a análise pode efetuar-se numa amostragem desde que a amostra seja parte representativa do universo inicial; a **homogeneidade**, que diz respeito à necessidade de que os documentos obedeçam a critérios precisos de eleição e a **pertinência**, que se refere à adequação dos documentos retidos como fonte de informação e o seu alinhamento aos objetivos correspondentes à análise.

Nessa etapa, considerou-se como hipótese que os obstáculos de natureza organizacional e técnica existentes nas unidades SF interferiam na adesão das mulheres ao rastreamento do CCU. A suposição inicial, em suspensão, foi submetida à prova de dados seguros e a finalidade geral proposta, considerando o quadro teórico e/ou pragmático, no qual os resultados obtidos foram utilizados (BARDIN, 2011).

Na exploração do material, 2ª etapa, foram realizados o tratamento do material ou operação de codificação e a categorização do material. A codificação compreendeu a transformação dos dados brutos do texto por meio do recorte de trechos das narrativas, escolha das unidades de registro (ou unidades de análise, seleção de regras de contagem (enumeração), a classificação e a agregação (escolha das categorias), o que possibilitou a obtenção de uma representação do conteúdo que guarda relação com as características do texto. Isso pode ser considerado como unitarização ou transformação do conteúdo em unidades de registro que podem ser a palavra, o tema, o objeto ou referente, o personagem, o acontecimento ou o documento. A enumeração pode ser feita por intermédio da presença (ou ausência),

frequência, frequência ponderada, intensidade, direção, ordem e análise de contingência. Importa, nesse ponto, o alinhamento por frequência e relevância de conteúdos emergentes.

A unidade de contexto é mais extensa do que a de registro, e estabelece limites contextuais para a interpretação. Em geral, as unidades de contexto contêm diferentes unidades de registro, funcionam como uma unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e viabiliza o entendimento fidedigno do seu significado. Pode corresponder ao movimento da frase para a palavra ou do parágrafo para o tema.

Na sequência, procedeu-se à categorização, ou seja, a classificação das unidades em categoria, ou ainda, a divisão dos componentes das mensagens analisadas em classes, rubricas ou categorias. Essas reúnem elementos (unidades de registro) sob um título genérico; tal agrupamento é produzido em função das características comuns desses elementos. A categorização que permite reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e, assim, correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. Segue alguns dos seguintes critérios: semântico (categorias temáticas), sintático (os verbos, os adjetivos), léxico (classificação de acordo com o sentido das palavras) ou expressivo.

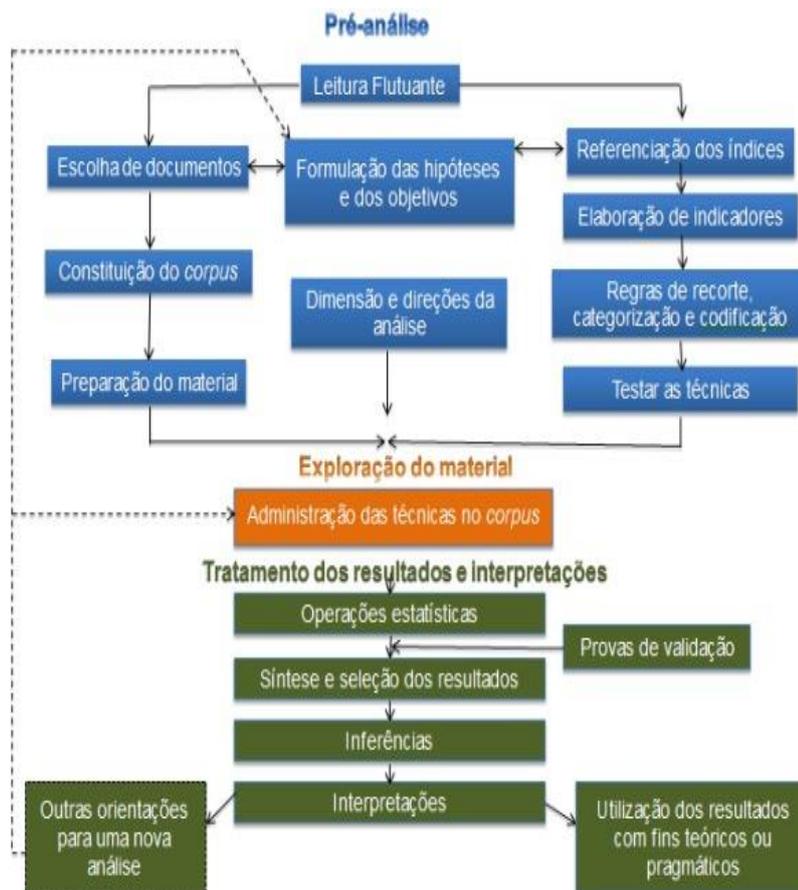
Nesse processo, procurou-se atentar para as qualidades que um conjunto de categorias deve possuir quais sejam: a exclusão mútua, cada elemento não pode existir em mais de uma divisão, tem a ver com ser classificado em apenas uma categoria; a homogeneidade, um único princípio de classificação deve governar a organização da categoria; a pertinência, uma categoria é considerada pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido e quando pertence ao quadro teórico definido; a objetividade/fidelidade, estão relacionados à concepção de que as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grade categorial, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises; a produtividade, trata-se de proporcionar resultados inovadores concernentes a índices de inferências, em novas hipóteses e na exatidão de dados.

As categorias de análise foram processadas em consonância com a produção científica sobre o tema e os pontos de vista dos pesquisadores, resultando na compreensão da lógica interna da coletividade em estudo.

Para o tratamento de resultados, inferências e interpretação, realizaram-se a condensação e o destaque das informações para análise, resultando nas

interpretações inferenciais e análise crítica da pesquisa (BARDIN, 2011). A inferência, que é um tipo de interpretação controlada, é um instrumento de indução (roteiro de entrevistas) para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores), segundo Bardin (2011).

Figura 2 - Mapa Conceitual da Análise de Conteúdo- Etapas da análise de dados qualitativa



Fonte: BARDIN, 2011.

Após a finalização do primeiro estágio da presente investigação, que contou com a coleta de dados de fonte primária (entrevistas), foi iniciada a segunda etapa que se caracteriza pela produção de produto técnico-tecnológico, elaboração de material educativo sobre a temática do CCU a ser utilizado na APS. Trata-se de uma cartilha (apêndice 3) cuja versão preliminar (alfa) encontra-se em processo de validação com a participação de um comitê de especialistas. A versão ajustada pelos especialistas (beta) será submetida aos enfermeiros participantes da pesquisa.

#### 4.7 ELABORAÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO

A coleta de dados, as narrativas transcritas, bem como os dados disponíveis na literatura científica especializada, permitiram à pesquisadora principal elaborar como produto técnico-tecnológico a versão Alfa (preliminar) de uma cartilha, contendo diretrizes para os profissionais de saúde em relação: rastreamento do CCU no contexto da APS.

Essa cartilha foi validada em duas etapas, por meio da revisão de formato e do conteúdo por um comitê de especialistas, bem como pelo público-alvo, representado pelos próprios participantes deste estudo no cenário pesquisado. Isto permitiu a discussão, troca e compartilhamento de ideias, para que a versão final da cartilha pudesse ser posteriormente aprovada.

Para fins de validação da cartilha, a versão alfa foi submetida a um comitê de especialistas composto por 4 profissionais com expertise no assunto e pela banca examinadora da defesa de dissertação formada por 2 membros titulares e 2 suplentes, que atuaram como revisores da cartilha, para avaliar: conteúdo, no que diz respeito à pertinência, clareza, potencial de impacto, inovação e objetividade. Em relação ao formato do produto, foram avaliados a diagramação visual, aparência em termos de atratividade e layout. Por último, mas não por fim, foi avaliada também a aplicabilidade técnica da cartilha em termo de viabilidade do produto a ser utilizado no cotidiano da prática profissional na APS.

Convém ressaltar que para a validação da cartilha, utilizaram-se aproximações da técnica de conferência de consenso. Esta técnica visa alcançar uma decisão em comum acordo entre duas ou mais partes (SOUZA *et al.*, 2005). Considerou-se, portanto, neste estudo, para versão final da cartilha apenas os conteúdos que obtiveram concordância total dos especialistas e participantes da pesquisa. As informações que não obtiveram consenso foram analisadas pela pesquisadora e seus orientadores e, desta forma, foram realizadas modificações na cartilha para atender às recomendações e contribuições.

Cada membro do comitê de especialistas elaborou um parecer independente com considerações e sugestões para aperfeiçoamento do material. Na sequência, a cartilha foi encaminhada para 2 participantes da pesquisa que aceitaram avaliar o material. Sendo assim, estes profissionais elaboraram também cada um, um parecer

independente para avaliar a funcionalidade e, a partir dessa análise, foram elaboradas contribuições e sugestões que permitiram a validação da cartilha produzida, denominada neste estudo como versão consolidada.

Convém destacar que por princípio dialógico, esta cartilha deverá ser periodicamente ajustada ao cenário de estudo. Isto implica dizer também, que para a sua utilização em outros cenários/clínicas da família, recomenda-se que sejam realizadas adaptações para potencializar o impacto dessa tecnologia educacional.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida à plataforma Brasil, que encaminhou o Protocolo de Pesquisa para apreciação dos Comitês de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)/Hospital Escola São Francisco de Assis - Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e o teor do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seguiu as exigências da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado sob os pareceres: 34626620.2.0000.5238 e 34626620.2.3001.5279 respectivamente (anexo1). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi oferecido aos participantes da pesquisa, após apresentação dos objetivos e da importância da participação voluntária na investigação. Após leitura, foi assinado em duas vias, sendo que uma delas ficou em poder do entrevistado (apêndice1).

Esta investigação levou em consideração os seguintes riscos: receio de sofrer algum tipo de desconforto emocional; constrangimento moral e/ou intelectual e cansaço ao responder aos questionamentos. Diante de tais situações, a pesquisadora procurou identificar os motivos de desconforto, apoiar a participante, esclarecer que cabia a ela registrar seu relato, sem fazer nenhum tipo de julgamento, bem como que poderia interromper a conversa, a fim de dar uma pausa e conduzir a entrevista de forma a concluí-la o mais breve possível.

A garantia do sigilo ocorreu por meio do anonimato, ao atribuir letra e número no lugar do nome dos participantes. Também foi assegurado local reservado e confortável para a realização da entrevista. Os participantes tiveram liberdade para questionar sempre que julgassem necessário e para recusar a responder perguntas

que considerassem constrangedoras. Caso não entendessem o significado de alguma questão, poderiam perguntar imediatamente. Para garantir total sigilo, os dados da pesquisa foram arquivados apenas no computador da pesquisadora principal ao qual somente ela tem acesso por meio de senha privada.

O benefício relacionado à participação na pesquisa concerne ao sentido de contribuir na construção de conhecimentos científicos na área de Atenção Primária à Saúde, especialmente, por meio de uma abordagem qualitativa centrada no protagonismo dos profissionais.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os depoentes apresentaram as seguintes características sociais: 94,73% eram do sexo feminino e 5,27% do sexo masculino; 58% na faixa etária de 30 a 39 anos, 26 % na faixa etária de 20 a 29 anos, 11% na faixa etária de 50 a 59 anos e 5% na faixa etária de 40 a 49 anos.

Quanto ao aspecto da escolaridade, constatou-se concentração de 54% dos profissionais com especialização ou residência em saúde da família e 46 % com outras especializações ou residências não voltadas à Saúde da Família

Em relação ao tempo de atuação na ESF, 34% dos profissionais tinham entre 2 a 4 anos, 60% entre 5 a 10 anos de atuação e 6% atuavam há 10 anos ou mais na ESF.

### 5.2 AS CATEGORIAS TEMÁTICAS

A partir das informações contidas nos discursos dos enfermeiros, formou-se o corpus da pesquisa que deu origem a categorias empíricas que conformaram dimensões analíticas. Nessa etapa, os trechos dos discursos apresentaram o modo como os participantes comunicaram suas vivências sobre o rastreamento do CCU, ao expressar suas subjetividades, favorecendo a compreensão que envolve tanto os depoentes quanto a pesquisadora, e descortina sentidos novos que advém de uma perspectiva comum. Após leitura das entrevistas e elaboração dos núcleos de sentido, emergiram 3 categorias de análise: procura das usuárias pelo exame citopatológico; protagonismo do enfermeiro no rastreamento do câncer do colo do útero; ações de educação em saúde insuficientes.

### 5.2.1 Categoria 1: Procura das usuárias pelo exame citopatológico

Na presente categoria, foram incluídas as percepções dos(as) enfermeiros(as) a respeito da procura das usuárias pelo exame Papanicolau nos territórios da SF. Nessa perspectiva, as mulheres apresentaram diferentes comportamentos que oscilaram entre o interesse em fazer o exame anualmente e a sua baixa procura como se verifica nos discursos expostos abaixo:

Então, eu vejo isso muito ruim, [...] essa pouca adesão, muitas vezes a gente não consegue captar na faixa etária correta desse rastreio porque são aquelas mulheres que já estão mesmo acostumadas a virem sempre fazer, às vezes até mesmo fora do prazo. Elas nem completaram um ano e já querem fazer, sempre as mesmas mulheres ou, então, aquelas que estão em atraso mesmo com a busca ativa falam que vão vir e não vêm, isso também é ruim ou, então, quando vem é porque está sintomática, [...]. **Enfermeiro(a) 2**

[...] geralmente são mulheres que tem o hábito de fazer preventivo anualmente, a gente sabe que tem né, mesmo com toda a orientação da periodicidade do exame, mesmo orientada de quais são os critérios de realização do exame, que não é anual. Tem mulheres que têm o costume de fazer o exame todo ano e algumas mulheres que já têm um acompanhamento com ginecologista, às vezes, desde a adolescência ou já tem uma profissional que ela já está acostumada e, aí ela realiza esse exame fora da unidade, então assim, da experiência que eu tenho são nesses casos. **Enfermeiro(a) 4**

O problema é a mulher ativa, o que eu mais atendo é queixa ginecológica de mulher que quer o preventivo. Mas, existem as viciadas em preventivo que querem colher de 6 em 6 meses, mesmo com exames ótimos. O problema é aquelas que não vêm à unidade, são as mulheres que a gente tem que identificar, a gente tem que buscar e tem essa deficiência. **Enfermeiro(a) 13**

[...] a gente acaba rastreando uma parte das mulheres que querem muito esse rastreio. Então, são mulheres que se puderem rastreiam todo ano né. Tem essas mulheres, nesse grupo que querem sempre rastrear, que sempre todo ano procuram a unidade e, que acham que preventivo tem que ser feito todo ano [...] e tem outro grupo de mulheres que, normalmente, são mulheres que coletaram uma vez e nunca mais voltaram porque foi uma coleta ruim ou, acharam que não explicaram direito no momento da passagem do espécuro, ou foi uma passagem do espécuro que acabou tendo algum tipo de lesão ali né, na parede vaginal, no momento da introdução. Então, foi uma experiência que meio traumática e não querem voltar. [...] Então, tem esse perfil misto que acabo encontrando assim na minha prática profissional. **Enfermeiro(a) 14**

Eu tento explicar por que realmente têm umas que não fazem nunca, em compensação tem outras que querem fazer todo mês, aí eu tento mesmo orientar na consulta qual o objetivo do exame preventivo né, porque é muito comum elas acharem que podem fazer sempre. Normalmente, elas não têm resistência em aceitar essa orientação até com adolescente. Às vezes vêm umas meninas de 16/17 anos tentando fazer o preventivo. Aí eu explico que o exame é para ver o câncer, como se desenvolve né, que são alterações

que levam tempo, que não está no protocolo para idade delas fazer o preventivo. Tem meninas virgens que querem fazer, falam que já ouviram ginecologista dizendo que podia fazer, aí eu explico sobre o exame, mas acontece bastante. **Enfermeiro(a) 16**

As mulheres que procuraram o serviço, anualmente, com a finalidade de se submeter ao exame Papanicolau, e, se tiverem oportunidade “sempre querem rastrear”, constituíram um grupo citado de modo enfático pelos(as) depoentes. Tratava-se daquelas que desejavam se submeter ao exame com maior frequência em relação ao que orienta os protocolos do MS. Elas foram classificadas pelos participantes desta pesquisa, como “viciadas em preventivo”. Investigação de Medeiros *et al* (2021, p. 7), no que concerne à avaliação da adesão das mulheres ao exame Papanicolau, mostrou resultados divergentes ao desta investigação, visto que as respostas da maioria das enfermeiras apontaram que a adesão das mulheres se deu de forma oportuna. A propósito, o denominado super rastreamento de mulheres configura-se um entrave no que se refere ao controle do CCU, pois mitiga o acesso ao exame das mulheres que ainda não o realizaram.

Em contrapartida ao que foi descrito até aqui, no que concerne às atitudes das mulheres frente ao exame Papanicolau, foram detectadas também reticências ou resistências, como se observam nos relatos a seguir:

[...] eu acho que ainda é uma questão que a mulher não procura muito a realização do preventivo, mesmo quando faz alguma busca ativa. Eu acho que a mulher ela acaba se deixando um pouco de lado né, a mulher que trabalha, que é mãe, ela tem que se dividir em várias tarefas e acaba esquecendo um pouco dela, do cuidado dela e ela dá mais importância quando ela está com alguma queixa de ginecológica. [...] A gente pode fazer é oportunizar mais, porém ainda há uma baixa cobertura da coleta do preventivo porque a mulher ela não consegue enxergar ou ela não consegue dar a importância para a saúde dela, vai dar importância mais para saúde dela quando chega uns 50 anos de idade. Mas, eu vejo ainda que a mulher ela se coloca muito em segundo e terceiro plano no cuidado da saúde dela. Aí ela fala que é pelo trabalho ou agora está cuidando do filho, [...] falta entendimento da mulher dessa importância de se colocar em primeiro lugar [...], mas eu acho que ainda há uma questão de preconceito né, sempre está faltando. **Enfermeiro(a) 11**

Acredito também que a fragilidade está na decisão dessas mulheres que, muitas vezes, por falta de conhecimento associam que o preventivo só deve ser coletado mediante uma queixa ginecológica, por exemplo, o um corrimento vaginal, uma leucorreia e aí elas buscam um serviço. Elas nem querem orientação sobre a queixa em si, elas querem logo fazer o preventivo. Elas acham que mediante ao preventivo vão saber o que realmente é. Então, eu acho que assim, o que afasta mesmo, a fragilidade é a falta realmente de conhecimento dessas mulheres da importância do que é o procedimento né. Infelizmente é um pouco cultural, elas procuraram o serviço somente por conta de associarem o exame a uma queixa ginecológica. **Enfermeiro(a) 12**

O fato de as mulheres, muitas vezes, terem pouco conhecimento sobre o exame Papanicolau e se preocuparem em deixar seus afazeres ou faltar ao trabalho para serem atendidas, pode resultar em não comparecimento ao serviço de saúde. Por certo, a ausência das mulheres nas consultas impacta negativamente o rastreamento do CCU. Investigação conduzida por Ferreira MCM et al (2022, p.7) sinalizou que a falta ao exame é uma das barreiras mais significativas referentes ao controle da doença. Essa circunstância revela a relação entre o acesso aos serviços e as condições de trabalho e de vida, e que é preciso vencer os entraves nos serviços em prol de uma atenção qualificada à mulher. Urge escutar a usuária para além da queixa principal, atentar para a maneira como elas vivem e buscar respostas para as demandas. Quanto à demanda como categoria, Pinheiro *et al.* (2013, p. 50) salientam que:

Por fim, compreende-se a categoria – demanda – como produção de saberes e práticas em permanentes disputas, que envolvem diferentes sujeitos nos diversos espaços/territórios onde estão inseridos. Por isso entendemos a integralidade como uma ação social resultante da interação democrática dos sujeitos sociais na relação entre demanda e oferta, na produção do cuidado em saúde, que ganha sentidos, significados e vozes, e assume como tarefa e objetivo garantir a vida no seu sentido mais amplo.

Quanto à captação das mulheres para o rastreamento do CCU, estudo de Fernandes NFS et al. (2019, p. 8) apontou o rastreamento oportunístico, situação que ocorre no momento no qual as usuárias que procuram o serviço de saúde, por alguma outra razão, são captadas, como tipo de acesso ao Papanicolau para mulheres que relutavam em aceitar a marcação, ou que, habitualmente, não compareciam às consultas programadas. Tal modelo de recrutamento é padrão predominante no Brasil e considerado inadequado porquanto resulta em contingentes de mulheres super rastreadas, por realizarem o exame em intervalo de um ano ou menos, e outras em falta com o exame. Além disso, barreiras para sua realização estão relacionadas à organização do serviço; à alta demanda de atendimentos; indisponibilidade de local e do profissional para coleta do exame.

Resultados do estudo de Andrade et al (2017, p.16), realizado entre enfermeiros do estado da Bahia, reforçaram os achados da presente investigação no sentido da postura pouco interessada das mulheres pela realização do exame

citopatológico, ao constatarem que algumas mulheres costumavam adiar o preventivo, o que contribuía com a não adesão ao exame. Também foram destacadas as experiências traumáticas referentes ao mau uso da técnica de coleta de material para o exame citopatológico como sendo a causa de muitas mulheres não retornarem para realização da coleta. Este panorama ratifica a necessidade de intensificar as atividades de educação em saúde no sentido de estimular a mudança de comportamento das mulheres, bem como a urgência de profissionais qualificados na realização do exame preventivo e com competência cultural.

Ademais, foi registrado, na fala dos entrevistados, ser comum às mulheres aguardarem para buscar atendimento, com a finalidade de realização do exame preventivo do CCU, quando surge uma queixa ginecológica como leucorreia ou prurido. Em relação a esse achado, resultado da investigação conduzida por Fernandes NFS et al. (2019) mostrou compatibilidade com a presente investigação, já que para os depoentes a queixa sintomatológica foi uma razão recorrente para a busca do preventivo como demanda espontânea. Certamente, muitas mulheres só buscam atendimento na unidade de saúde para realização do preventivo quando apresentam alguma queixa ginecológica, indicando que, em sua grande maioria, desconhecem a finalidade do exame.

Em relação ao questionamento sobre a percepção das depoentes, no que concerne à interação com as usuárias nas práticas de rastreamento do CCU, obteve-se como resposta a necessidade de dialogar com as usuárias com o intuito de esclarecer sobre como que o rastreio é realizado e a competência dos profissionais que atuam na ESF, quanto à prática do exame Papanicolau, como evidenciado nos depoimentos a seguir:

Geralmente, a primeira fala da mulher é quanto à questão de querer um ginecologista e, aí é nosso trabalho desmistificar essa questão do ginecologista, mostrar a importância da coleta por meio de um profissional capacitado. Ou seja, visto que nós enfermeiros somos capacitados para isso, somos qualificados para coleta e para toda essa avaliação referente à saúde da mulher. A partir desse momento, a gente consegue ver que a mulher já não quer mais essa figura, ela quer a figura do enfermeiro justamente por ele ser acolhedor, por ele ter uma escuta qualificada né, um olhar. **Enfermeiro(a)**  
**1**

A gente faz as orientações de como que é feito esse rastreio, essa coleta dentro de uma clínica da família, numa atenção primária. Mostra para ela que todos nós somos sim capacitados para fazer essa consulta de enfermagem, a coleta, as orientações e quando tem realmente a necessidade, quando tem alguma alteração que precisa ser encaminhado para o especialista na

atenção secundária, isso vai se dar depois do resultado do exame [...]. Então, está sempre dando orientação, mostrando o que a gente pode agir e, que não necessariamente só um ginecologista vai cuidar da parte da saúde da mulher.

**Enfermeiro(a) 2**

Sempre procuram o especialista, o ginecologista, ainda não entrou totalmente na população o trabalho do enfermeiro, elas ainda veem o ginecologista como referência para cuidar do caso em si. O enfermeiro quando conversa ainda vê a fragilidade da pessoa (mulher), uma certa dúvida sobre a atuação do enfermeiro no processo de acompanhamento da coleta do preventivo.

**Enfermeiro(a) 3**

No geral, algumas ainda têm essa visão que é o ginecologista e, vem querendo marcar para o ginecologista. Aí a gente orienta como é o trabalho da saúde da família. Muitas já estão acostumadas com o trabalho, sabem quem é que faz a coleta e, dificilmente tem alguém que se incomode que é o enfermeiro. É mais assim, quem tinha um acompanhamento no particular e aí já fazia só com ginecologista e, aí elas têm com essa demanda de querer ser encaminhada. Mas, quando a gente orienta, elas não veem nenhum problema e colhem com o médico de família ou com o enfermeiro. Então, não tem tanta gente assim nessa procura do ginecologista, elas pedem para fazer o preventivo e, a gente normalmente agenda com quem tiver mais disponibilidade. **Enfermeiro(a) 5**

Eu acho que é muito mediano, vem muita gente procurar mais a mim, que a amiga fez. Então, ela já vem me procurar pelo nome e só querendo ser atendida por mim, questão do vínculo. E também vem muitas mulheres buscando ginecologista, eu quero ir no ginecologista, aí você conversa, orienta, mostrando das suas competências como enfermeira e já veio gente falando que só queria o médico, relatando que nunca fez preventivo com enfermeira [...] eu perguntei se ela queria fazer preventivo e aí ela falou que nunca tinha feito o preventivo com o enfermeiro que ela confiava no médico. Eu falei: "Não tem problema, está tudo bem" [...]. Ela disse: "Eu vou te dar um voto de confiança, eu vou fazer o preventivo com você". Ela veio e no final da consulta do preventivo ela falou assim: "Eu estou muito feliz de ter feito com você e ter confiado no seu trabalho", desmistificando aquela coisa do médico ser o detentor do saber. **Enfermeiro(a) 7**

[...] aqui não tem ginecologista, mas aqui são profissionais generalistas, não tem especialidade, eu explico para ela que o ginecologista é só se der alguma coisa alterada, se ela precisar a gente encaminha, ela pode ficar tranquila. Acolho e explico sobre a coleta de preventivo, que o enfermeiro tem competência para fazer o exame, o médico generalista também. Assim quando vem procurando por outros especialistas, como cardiologista e psiquiatras, depois de uma conversa com você ela já ver que o profissional é capacitado para fazer, tanto a médica generalista quanto o enfermeiro. Olha raramente acontece de paciente falar que quer ser atendido por médico exclusivamente, por exemplo mês passado, que eu nunca tinha pego aqui na clínica. Então, vieram 2 pacientes, um homem e uma mulher e falaram que queriam ser atendidos exclusivamente por médicos. A gente tem explicado, mas eles queriam um médico, mas no geral super aceitam, é explicado o funcionamento da clínica de uma maneira que o paciente vai super entender que o profissional é capacitado, tem habilidade. **Enfermeiro(a) 10**

Na minha equipe tem diferencial porque é uma população que o poder aquisitivo é alto, muitas têm plano de saúde. Então, tem várias que trazem o preventivo do plano, trazem para mostrar aqui e às vezes trazem ultrassonografia ou então, fazem preventivo fora com o ginecologista e eles solicitam a mamografia e ela vem com essa solicitação para fazer por aqui.

Então, de qualquer forma esse exame ele é lançado tanto na planilha quanto no sistema [...] Eu estou aqui há cerca de 6 anos, então a maior parte da população já me conhece e já sabe como que é o serviço. E os pacientes que são novos né, que nunca tiveram acesso nenhum, então sempre que eles vêm na busca de serviço, o ACS [...] orienta como é o funcionamento da unidade e como é uma unidade de saúde na família. Então, já no primeiro contato com um médico, um enfermeiro ou com ACS, ele já é orientado sobre o que é saúde da família e seu funcionamento. Então, ele já tem esses conhecimentos nesse primeiro contato e não vem mais requisitando o ginecologista. **Enfermeiro(a) 11**

[...] é horrível dizer isso tá, mas elas me chamam de ginecologista, a ginecologista está atendendo hoje perguntam. Aqui elas vêm querendo ser atendidas pela ginecologista e eu tenho que explicar várias vezes que eu não sou ginecologista, é desmerecer o enfermeiro, mas é porque são leigos nesse sentido e ao mesmo tempo nos veem como uma figura muito importante na especialidade, [...] está aí a importância do enfermeiro né, a importância desse vínculo da enfermagem com uma mulher na comunidade. O enfermeiro ele vai avaliar o material que está sendo usado, vai estar inserido em todo esse processo de saúde da mulher. [...] Trabalho isso para se entender que aqui todo mundo acaba trabalhando o todo do usuário, esse é um trabalho de formiguinha né, eu vivo tendo que dizer a mesma coisa, esse é meu trabalho, do enfermeiro, então a gente precisa dessa valorização, a gente precisa trabalhar isso né. A gente é uma figura muito importante nesse sentido, então é falar que está ali como conhecedor, como profissional capacitado. **Enfermeiro(a) 13**

[...] Isso é muito misto, tem mulheres que chegam falando que queriam uma consulta com ginecologista, mas tem mulheres falando que tem uma queixa ginecológica e queriam atendimento ou estão com corrimento e querem atendimento, assim, não especificam se profissional vai ser médico ou enfermeiro, deixa bem aberto, elas só pedem por atendimento. Mas, também tem uma parte que ainda vem com esse discurso de se tem consulta com ginecologista, eu acho que depende muito do quão aquela mulher frequenta né. Usuários que já costumam frequentar mais a unidade já entendem melhor como funciona o fluxo já chega pedindo por esse atendimento sem destinar um profissional específico. Agora quem não costuma frequentar muito, está começando a se aproximar um pouco de como a gente trabalha, já chega procurando o ginecologista ou especialista. Mas, elas não costumam ter resistência para nossos atendimentos (enfermeiros), entre generalista, Saúde da Família e especialista, não costumam ter problemas com isso. **Enfermeiro(a) 14**

Normalmente, elas chegam aqui querendo falar com a ginecologista né, eu até brinco que sou a ginecologista da clínica, só pode, porque elas às vezes acham que eu sou médica né. Eu tenho que falar não, eu sou enfermeira e vou fazer seu exame, quem não conhece né, as que já conhecem vêm me procurando e já sabem que eu sou enfermeira e que faço preventivo. **Enfermeiro(a) 16**

Chama atenção que, ainda se faz necessária na SF, a comunicação com as usuárias com o objetivo de ponderar sobre o ginecologista como especialista que não atua no nível primário. Diante disso, os profissionais conversaram sobre como o rastreio do CCU ocorre no ambiente de uma clínica da família e argumentaram sobre

a qualificação dos profissionais generalistas. Investigação realizada, em um município do interior de Minas Gerais, por Amaral *et al* (2021), demonstrou que na SF a comunicação entre os serviços de saúde e a população constitui-se em um nó crítico que produz pouco conhecimento dos usuários sobre esse modelo de atenção. Tal conjuntura tem como consequência a fragilidade do atributo de primeiro contato e da identificação da APS como porta de entrada preferencial do SUS.

De fato, nota-se que as expectativas da população no que tange à especialidade médica ainda se encontravam fortemente enraizadas culturalmente. Por esse motivo, os profissionais passaram a perseguir o objetivo de desmistificar essa concepção, enfatizando que os profissionais generalistas têm competência técnica para cuidar daqueles que residem nos territórios. Araújo e Cardoso (2013, p. 213) esclarecem sobre o modo de refletir e a praticar a comunicação e a sua relação com a integralidade no âmbito do SUS ao dizer que:

Integralidade e comunicação se encontram, ainda, na compreensão de que os sentidos da saúde não se constituem de modo fragmentado ou estanque, mas na articulação de práticas, saberes, memórias, expectativas, lugares de fala, constituintes das e constituídos pelas vozes que emanam das instituições e da população.

### **5.2.2 Categoria 2: Protagonismo do enfermeiro no rastreamento do câncer do colo do útero**

No que se refere aos profissionais envolvidos no processo do rastreamento do CCU na ESF, foi realçado pelos depoentes que o enfermeiro é considerado o profissional mais atuante na linha de cuidado de saúde da mulher, como ficou notório nas falas a seguir:

O enfermeiro ele é a peça-chave para o controle e para a realização dessas atividades [...] ele é engrenagem quando gera as listas[...]o enfermeiro ele é engrenagem de todo o processo, ele é engrenagem ajudando na captação com os ACS na busca ativa, ajudando na captação com o médico por meio de consultas que não necessariamente são saúde da mulher. **Enfermeiro(a) 1**

Inserção do enfermeiro é totalmente integral né. [...] somos os únicos que entramos mesmo no planejamento, de fazer as coletas, as ações e orientações, todo um planejamento do rastreio do CCU. **Enfermeiro(a) 2**

Então, na verdade o exame citopatológico aqui na unidade fica quase que exclusivamente com os enfermeiros. A gente que majoritariamente faz os exames citopatológicos. Então, acho que a gente é quem está à frente disso né. **Enfermeiro(a) 9**

Para mim a chave principal nesse contexto de rastreamento é o enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Desses 9 anos que eu trabalho, praticamente é o único profissional que faz a coleta de citopatológico. [...] Aqui dificilmente o médico coleta o preventivo. Mas, isso é uma coisa que vejo que eles têm trabalhado muito, teve há pouco tempo uma apresentação de uma residente sobre isso e, aí falaram desse número baixo de exames realizados e que o médico tem que fazer essa coleta. Principalmente porque o nosso maior número de atendimento aqui é de demanda livre e se você for fazer uma pesquisa da planilha de atendimento sobre o breve relato da procura, é muita queixa ginecológica. Então, quantos desses atendimentos oportunos o profissional deixou passar a coleta. Então, essa questão tem que ser trabalhada na cabeça dos médicos para fazer e a gente também deveria ser capacitadas para colocar DIU. **Enfermeiro(a) 13**

Na unidade na qual eu atuo, o enfermeiro é o responsável pelo processo de rastreamento desde o momento da coleta até o momento de provisão de material para essa coleta, até o momento de checagem do que foi colhido e de envio para o laboratório não só o enfermeiro como a equipe de enfermagem né. O enfermeiro coleta, repõe a sala. Enfermeiro ele é 100% responsável por esse processo de rastreamento. **Enfermeiro(a) 14**

A inserção do enfermeiro nessa prática do rastreamento, no meu ponto de vista, é primordial. Assim, eu posso dizer para você que o enfermeiro é a alma disso aqui. **Enfermeiro(a) 18**

Estudo realizado por Anjos *et al* (2021), em uma região de saúde do Nordeste brasileiro, com profissionais médicos e enfermeiros, mostrou que os enfermeiros são os profissionais que estão diretamente envolvidos com o monitoramento das ações para controle do câncer cervicouterino na ESF. Foi salientado, também, a respeito da menor fixação do médico nas equipes devido à sua rotatividade na ESF, bem como a prática assistencial na perspectiva biomédica e o desinteresse na execução do exame cervicouterino na APS.

Corroborando, estudo de Anjos *et al.* (2021) revelou que houve um melhor monitoramento ao CCU quando realizado por enfermeiro, em razão da sua fixação na ESF, que é da ordem de 83% em dedicação exclusiva. Ressalta-se que a longitudinalidade do cuidado, um dos atributos essenciais da atenção básica, evoca o acompanhamento contínuo do usuário ao longo do tempo, o que favorece a criação do vínculo e o fortalecimento da confiança entre as partes e, nesse caso, a potencialização do enfermeiro como referência do cuidado em saúde. É interessante

ponderar que a relação de confiança estabelecida com as mulheres aumenta a predisposição para realização do exame Papanicolau com o(a) enfermeiro(a).

Pesquisa desenvolvida por Fernandes *et al.* (2021) apontou resultado semelhante ao deste estudo, ao sinalizar que, a coleta do exame preventivo, as ações de promoção e o monitoramento dos casos costumam ficar sob a responsabilidade do enfermeiro. Com efeito, as ações desenvolvidas no rastreamento do CCU estão diretamente sob a responsabilização dos enfermeiros. Estes estão envolvidos em todo o processo do rastreamento do CCU, desde ações de promoção à saúde, coleta do exame, provisão de materiais, bem como o envio do material coletado ao laboratório, entre outras atividades acerca do rastreamento do CCU.

Em seu estudo realizado em Vitória da Conquista- BA, Fernandes *et al* (2019)<sup>1</sup> abordaram o acesso ao exame citológico do colo do útero; dados deste estudo evidenciaram pelas falas dos depoentes que enfermeiros e médicos tinham competência técnica para realizar o exame Papanicolau, porém, raramente era realizado pelo médico. Diante de tal fragilidade, salienta-se que na SF a abordagem integral requer a prática colaborativa dos profissionais que compõem a equipe de saúde. A complexidade e abrangência das necessidades de saúde impõem a atuação interprofissional, dada a potência dessa colaboração para melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.

De acordo com Cecílio (2009, p. 120), no que se refere às pretensões da integralidade no espaço da micropolítica de saúde:

O resultado dessa “integralidade focalizada” há de ser o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo. Cada atendimento, de cada profissional, deve estar compromissado com a maior integralidade possível, sempre, mas também ser realizado na perspectiva de que a integralidade pretendida só será alcançada como fruto do trabalho solidário da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas. Maior integralidade possível na abordagem de cada profissional, maior integralidade possível como fruto de um trabalho multiprofissional. Duplo desafio que há de ser tratado no processo de gestão dos serviços, em particular nos processos de conversação e comunicação – entendimento para ação – que se estabelecem entre os diferentes trabalhadores de saúde.

Quando questionados sobre quais estratégias eram utilizadas para que as mulheres comparecessem ao rastreamento do CCU, os depoentes relataram diversas táticas que utilizavam, no decorrer do trabalho, com foco em ações que visavam maior

cobertura do exame Papanicolau (preventivo), como ficou evidente nas seguintes falas:

Abrir agenda aos sábados, um movimento muito menor na unidade para livre demanda, para agendamentos, que é o momento, geralmente, que essas mulheres conseguem acessar a unidade de saúde. Então, criar um momento no sábado para que ela consiga vir à unidade para que consiga acessar a consulta né. **Enfermeiro(a) 1**

Então, eu vejo também um momento de captar é, quando ela vir numa consulta a gente perguntar: “E aí fez o seu preventivo? Está com o seu preventivo em dia?”. E passar as informações necessárias, a importância daquele preventivo e falar: “vamos fazer hoje? o que a senhora acha? vamos aproveitar o momento?”. Está tentando captar no momento de outras consultas né, até mesmo se for uma demanda espontânea. **Enfermeiro(a) 2**

Então, uma das estratégias que eu implementei foi as ACS entregando o resultado do exame que já foi avaliado e registrado. Esses exames sem alterações elas entregam né, uma maneira também delas irem até a casa dessa usuária. Elas entregam o exame e no exame está escrito que foi avaliado, é está escrito que o exame não tem alterações, está escrito quando ela deve retornar para poder realizar o próximo exame né. Então, é uma estratégia que tem apoiado muito a nossa prática, na minha prática e na minha equipe e acho que é isso. **Enfermeiro(a) 4**

Nos dias que atendo, por exemplo hipertensão, eu já pergunto para a pessoa que está ali, se ela está com o preventivo em dia e, caso não esteja agendo uma coleta ou colho no dia, se for possível. Já agendei preventivo às 7 horas da manhã porque a mulher trabalha. Mas, como sou responsável pela sala de coleta, às vezes não consigo atender às 7hs. Andou tendo estresse com isso, aí eu parei de fazer, não dá para fazer porque fica muito corrido e, aí é assim que a gente capta essas mulheres. **Enfermeiro(a) 6**

[...] No caso dela vir de livre demanda, a gente conseguiu articular de fazer acesso programado e, aí tem uma agenda só de preventivo na sexta-feira, por exemplo. Ou ela pode vir toda quarta-feira à tarde, [...] elas vão ter acesso por livre demanda e, aí tem a agenda flexível para realizar o preventivo [...]. **Enfermeiro(a) 7**

Preventivo na minha equipe é porta aberta ou agendado, se a mulher trabalha a partir das 10:00 da manhã e só pode as 7 da manhã porque sai muito cedo de casa, ela vai ser agendada às 7 da manhã. Se a mulher só consegue fazer no último horário às 17:40 por exemplo, ela vai fazer esse horário, a gente vai oferecer dentro do horário que ela pode fazer e se falar que só posso fazer no sábado, aí no sábado que seja minha escala que eu tiver na unidade eu vou fazer, como eu já agendei diversas vezes assim. **Enfermeiro(a) 9**

O segundo ponto é que a gente sempre quando está atendendo uma paciente, a gente tem que ter um olhar mais global né, se ela é hipertensa ou não, se é só diabética, o que mais a gente pode ver nesse paciente. [...] E é isso que eu acho, que a gente tenta oportunizar em todos os atendimentos, oferecendo o preventivo e quando ela quer agendando ou quando não deixando em aberto como que ela poderia fazer para ter acesso ao preventivo aqui na unidade. **Enfermeiro(a) 11**

Eu enquanto enfermeira em todas as minhas consultas eu oferto a coleta, explico o procedimento e a importância, geralmente elas recusam porque elas

acham que não estão preparadas, mesmo com as orientações, [...].  
**Enfermeiro(a) 12**

Eu não tenho dia de coleta de preventivo por opção, eu deixei esse acesso livre. Então, a minha agenda é de pré-natal e de preventivo, chegar e fazer o exame. Eu acho que o momento de avaliar uma mulher é um momento oportuno, toda vez que eu tiver atendendo pode chegar uma para citopatológico, vai entrar como demanda lá na frente (acolhimento) e sem marcar e vai estar aí para mim e eu vou conversar e se achar necessário vou colher o exame, então vai ser oportuno. Se eu tiver em atendimento e se tem espaço para oportunizar, vou fazer. **Enfermeiro(a)13**

Na consulta eu oriento, falo a questão do preventivo, que o exame não é para ver DST, que vou fazer o exame especular para ver a característica do corrimento, que não tem necessidade de coleta de novo outro exame. Eu tento orientar dessa forma. **Enfermeiro(a) 16**

Em relação às estratégias utilizadas pelos enfermeiros para maior efetividade no rastreamento do CCU na SF, pesquisa de Dias *et al* (2021) apresentou resultados compatíveis ao desta pesquisa. Os autores apontaram que as principais estratégias referidas foram a realização de ações educativas para informar as mulheres sobre a importância do exame Papanicolau (preventivo), envolvimento dos ACS nas ações de captação das mulheres para o exame, principalmente nas visitas domiciliares, bem como a oferta do exame durante as consultas realizadas pelos enfermeiros. Ao planejar as ações direcionadas à saúde da mulher, os enfermeiros(as) costumam priorizar aquelas que visam a integralidade da atenção, a ampliação do acesso ao serviço e, sobretudo, a implicação das mulheres com o cuidado de si.

Corroborando com os achados deste estudo, pesquisa de Andrade *et al* (2017) apontou que as principais estratégias informadas pelos enfermeiros foram a realização da coleta do exame em horários diferenciados, realização de ações educativas na unidade e a oferta do exame por meio de convite durante a busca ativa das mulheres. A busca constante por meios que viabilizem o rastreamento do CCU também evidencia o comprometimento dos enfermeiros com o tema do controle do CCU nos territórios da Atenção primária.

A gestão de listas de mulheres também foi apontada pelos depoentes como recurso que lançam mão para facilitar busca ativa e assegurar o rastreamento do CCU na sua área de atuação. Ao serem questionados sobre as potencialidades das práticas de rastreamento do CCU realizadas no serviço de saúde onde atuavam, os (as) enfermeiros (as) responderam que a disponibilidade de planilhas com dados das

mulheres que não realizaram o preventivo ou com o resultado do exame alterado favoreceu o processo de busca ativa.

[...] o gerenciamento das listas de mulheres com a idade dentro do rastreamento do câncer de colo de útero. Então, acredito que isso seja uma potencialidade diferente de outras unidades de saúde [...] com as listas em cada mês, a gente imprime as listas com essas mulheres dentro desses parâmetros do rastreamento de câncer de colo do útero e a gente convoca essas mulheres a virem até a unidade para realizar as suas consultas de saúde da mulher através dessas listas a gente faz a busca ativa através dos agentes comunitários, da técnica de enfermagem até mesmo do médico ou do enfermeiro, principalmente do enfermeiro. **Enfermeiro(a) 1**

O recurso que a gente tem do prontuário eletrônico né, consegui filtrar pra gente quais são os usuários que não realizaram o preventivo no período de 1 ano né, do último ano e conseguir filtrar através da faixa etária que é o indicado, dos 25 aos 64 anos, [...] acho que a planilha que existe hoje na CAP também apoia muita gente no rastreamento, de sinalizar quando tem alguma alteração, de solicitar a busca ativa, eu acho que isso é uma das potencialidades que ajuda muito as equipes no serviço de saúde da atenção primária à saúde.”[...] uma coisa assim na minha equipe que tem dado muito certo, a gente também tem a planilha né, a gente tem a listagem. **Enfermeiro(a) 4**

No geral, a gente consegue gerenciar a lista, fazer uma busca ativa sim dessas mulheres em idade fértil, [...] a gente sempre tenta abordar quando foi a última vez que fez o exame e tenta otimizar essa coleta delas. [...]Na gestão de lista para a busca ativa principalmente das mulheres que tiveram alguma alteração no exame né. **Enfermeiro(a) 5**

[...] em São Gonçalo e aí você não tem uma planilha, por exemplo, de mulheres como a gente tem no Rio[...]. **Enfermeiro(a) 7**

[...] os ACS acabam passando inclusive para planilha, tenho planilhas de tudo, extremamente organizado de mulheres que querem fazer o preventivo e conhecer quem seria e o que querem fazer a laqueadura, tem uma planilha organizada da busca ativa [...]. **Enfermeiro(a) 10**

Então, a gente tem a lista né, a gente faz planilhas e com datas das próximas coletas de acordo com o resultado do preventivo anterior e a gente também recebe da coordenação uma lista de mulheres que teria que colher [...] a gente consegue ter uma visão melhor quando a gente coloca no papel né, a gente faz uma planilha com quem está em idade de coleta de preventivo [...], parece pouco né. Mas, pode funcionar, o que pode oportunizar é fazer esse link. Aí a gente pega quem está na planilha, todas as mulheres na idade de coleta do preventivo, a gente vai coletando o exame, atualizando e aí, através disso, a gente dá os nomes daquelas mulheres que estão na época de fazer o exame para o ACS fazer a busca ativa e ativa e ofertar o serviço da coleta de preventivo.” **Enfermeiro(a) 11**

Os resultados de investigação conduzida por Fernandes *et al* (2019), sinalizaram que foi acertado o acesso à lista que identificava as mulheres na faixa etária preconizada para o rastreamento citopatológico nas áreas adstritas, e que o uso de tal ferramenta de gestão denotou a implicação dos profissionais com a população

dos territórios. É interessante destacar que o uso dessas listas é importante da mesma forma como as reuniões de equipe para o debate sobre as situações prioritárias, como o caso das mulheres que ainda não aderiram.

Outra questão mencionada pelos depoentes sobre a atuação do (a) enfermeiro(a) tem conexão com sua competência técnica e interpessoal na realização do exame citopatológico. Ao serem questionados sobre as potencialidades do rastreamento do CCU, os depoentes da presente investigação enfatizaram que o enfermeiro é um profissional competente, tanto no que diz respeito aos procedimentos técnicos na realização do exame citopatológico, quanto no que tange ao estabelecimento de vínculo com as usuárias. Nos trechos das narrativas abaixo, encontram-se registrados esses pontos de vista.

[...] Aqui sim, inclusive a procura maior é pela enfermeira, que eu quero passar pela enfermeira, que eu quero colher o preventivo. Acho que a questão do vínculo do paciente com a enfermeira, eu digo pela unidade que eu trabalho que elas já entendem que o profissional enfermeiro, ele é capacitado e ele tem uma grande autonomia na coleta do exame citopatológico. Tem uma segurança, assim né, na verdade a palavra não é segurança que eu quero explicar, mas assim, tem o entendimento de que nós somos capacitadas e elas têm muita liberdade pela questão até de ter aquele vínculo na equipe, de conhecer já a profissional, [...]. **Enfermeiro(a) 4**

Nesse tempo que eu estou aqui, que é de 1 ano, só uma paciente que fez questão de ser médico, as outras aceitam bem, não tem essa discriminação de ser médicos ou enfermeiros, de ser homem ou ser mulher, elas aceitam bem. **Enfermeiro(a) 6**

[...] uma das melhores potencialidades que a gente tem aqui, é com relação ao vínculo, como as mulheres se vinculam muito com a gente por conta da vulnerabilidade. Elas têm um bom acesso à unidade. **Enfermeiro(a) 7**

Depois que ela colhe com o enfermeiro, que verificou que foi tudo bem naquela consulta, que tem o retorno agendado, que viu que expliquei tudo com relação ao exame e o resultado. Aí elas entendem e valorizam o profissional [...] potencialidades é a prevenção, o fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde da família. **Enfermeiro(a) 8**

Acolho e explico sobre a coleta de preventivo, que o enfermeiro tem competência para fazer o exame [...] depois de uma conversa com você ela já vê que o profissional é capacitado para fazer. **Enfermeiro(a) 10**

Então, acho que é uma potencialidade que a gente tem é o vínculo com a paciente né, elas têm maior facilidade de buscar o serviço se ela já conhece o trabalho. Então, acho que assim diminui a vergonha que muitas pessoas têm na realização do preventivo. **Enfermeiro(a) 11**

Eu estou nessa equipe tem 8 meses, desde que eu entrei eu já convoquei a minha equipe para a gente poder identificar as mulheres fazendo a gestão de lista para oferta de preventivo e não tive nenhuma recusa por ser enfermeiro [...] a gente acaba quebrando e conquistando a confiança no dia a dia né,

mostrando o nosso trabalho, explicando e orientando da importância do exame né, e elas criam essa confiança e acabam fazendo e dando essa preferência para colher com a enfermeira. **Enfermeiro(a) 12**

Não tenho esse problema de falta de confiança, é o meu trabalho, eu não sei se é por conta do tempo que eu estou aqui, mas não tenho problema pelo contrário, tenho só positividade no vínculo, nessa confiança. **Enfermeiro(a) 13**

[...] Vem procurar um profissional, até porque a maioria (usuárias) dessa clínica já tem bastante tempo que sabe que a maior parte dos preventivos é feito pelas enfermeiras e, muitas querem colher com as enfermeiras e não querem nem médico. Nesse momento da pandemia que estão sendo os médicos, a gente escuta mulheres que falam que vão esperar a gente para poder fazer o preventivo. **Enfermeiro(a) 15**

[...] outra parte já está mais adaptada à realidade do enfermeiro ser super capacitado para fazer essa função e, de um médico de família e comunidade ou um médico generalista que esteja atuando na unidade de saúde [...] parte já entende também o nosso papel que é super importante nisso. **Enfermeiro(a) 17**

Então, em relação à potencialidade eu acho que a gente tem muito aqui é o vínculo, o vínculo que a gente forma com a usuária né, a mulher em relação ao conhecimento da história das suas necessidades. **Enfermeiro(a) 18**

No que diz respeito à competência técnica dos enfermeiros, foram identificados resultados similares aos da presente pesquisa em investigação desenvolvida no município da Bahia que incluía enfermeiros com experiência na ESF. Apurou-se que a competência técnica e a qualidade do cuidado prestado pelos(as) enfermeiros(as) nortearam a adesão de mulheres ao rastreamento de rotina (FERNANDES *et al.*, 2019). Cabe destacar que, a fim de que a prática dos(as) enfermeiros(as) atuantes na Linha de Cuidado do Câncer de Colo do Útero seja cada vez mais segura e favoreça o cumprimento do atributo de longitudinalidade, é fundamental que se assegure a formação adequada e maior tempo de atuação nos serviços da APS, condições determinantes para que esses profissionais produzam assistência de alta qualidade.

Ademais, ressalta-se nas falas dos (as) depoentes a confiança que os (as) enfermeiros(as) estabeleceram na relação com as usuárias. Estudo de Fernandes *et al* (2021) apresentou resultado análogo ao desta pesquisa ao evidenciar a aptidão do enfermeiro em criar vínculo e proximidade com a comunidade. Observa-se que a condução da consulta de enfermagem, com base na escuta qualificada, é uma prática que contribui no fortalecimento de relação terapêutica, e dá abertura para o encorajamento das usuárias em relação à responsabilização quanto ao autocuidado, o que resulta em resolutividade da atenção. Nesse horizonte, registra-se o

desempenho dos enfermeiros como relevante para sucesso do rastreamento do CCU aliado à satisfação das usuárias, especialmente, acerca da adesão das mulheres residentes em territórios marcados pela vulnerabilidade social. Ao frisar que a postura profissional, além do interesse pelo sofrimento manifesto, deve apreciar outros aspectos como o modo de vida dos usuários a fim de se ter uma visão abrangente de suas necessidades, Mattos (2009, p.52) diz que:

Nesse sentido, cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

Embora o desempenho dos (as) enfermeiros(as) tenha sido citado como algo que contribuiu para qualificar a atenção prestada na Linha de Cuidado do CCU, nas narrativas são mencionadas também as fragilidades no modo de atuar dos (as) enfermeiros(as) em virtude da sobrecarga de trabalho no cenário das equipes da SF. Outro aspecto vinculado ao trabalho dos enfermeiros diz respeito à pouca participação dos médicos nas ações de rastreio do CCU, restringindo-se à eventual coleta de exame preventivo, excetuando os serviços com Residência Médica em Saúde da Família nos quais os médicos residentes atendem um turno na saúde da mulher. Nos discursos dos(as) profissionais pode-se conferir tais opiniões:

[...] enfermeiro, ele ainda pega um pouco mais dessa demanda para ele. Mas, o médico da equipe, principalmente aqui por ser uma unidade de residência médica né, têm um turno só de saúde da mulher, que é todo voltado principalmente para essa coleta de preventivo também. Então, eles (médicos) fazem essa coleta, mas ainda assim, aqui o enfermeiro ele pega um pouco mais dessa demanda na equipe. **Enfermeiro(a) 5**

A captação dos pacientes é difícil né. O tempo que você tem é muito pouco porque você trabalha com os preventivos agendados, mais uma planilha de atendimentos que é extremamente sufocante e, não tem essa de divisão do enfermeiro e médico, todos os preventivos daqui são coletados pelo enfermeiro. Então, é muita coisa para uma pessoa só dar conta, esse é meu ponto de vista [...] quando está o acesso em vermelho no meu dia de coleta de preventivo, o que eu tento fazer é ligar para elas né, e tentar encaixar em outro dia, mesmo que não seja o turno do preventivo. Aí eu vou botando cada uma em outros turnos de atendimentos até para poder não tumultuar a minha agenda, porque nós temos uma meta de 38 preventivos e só um enfermeiro não dá conta não, porque médico não colhe preventivo. [...] Essa semana a médica saiu para fazer uma cirurgia e eu tenho que responder tudo e organizar tudo, é uma sobrecarga, demais. **Enfermeiro(a) 6**

O profissional enfermeiro realiza a maioria dos preventivos devido às demandas médicas que são muitas. As demandas do enfermeiro também são grandes, mas como tem uma meta de exames, o enfermeiro é o profissional

que fica muito mais nessa coleta. Eu acredito que como a gente reconhece mais o rastreamento do CCU, não é uma crítica para o médico, que ele não reconhece a importância, mas como o enfermeiro se vê como aquele promotor de saúde e que ele pode prever muita coisa, eu acho que ele toma mais propriedade do preventivo e aqui não é comum os médicos colherem. Os profissionais médicos podem até acolher, mas o quantitativo aí eu te mostro nas planilhas, é um quantitativo de coleta de preventivo muito inferior relacionada a coleta do preventivo pelo enfermeiro. Já foi discutido, a gerência cobra que tem que procurar o médico para coleta, tem que fazer, mas não é feito, não é por falta de reunião e nem falta de exigências da gerência. Nós tínhamos uma profissional médica especialista em saúde da família, ela colhia muitos preventivos e aí como a rotatividade profissional também é alta, estimula para a pouca coleta dos médicos e aí agora temos médicos novos, temos as 2 médicas que no período pandêmico não podia coletar e, aí eu não sei como é que vão ser os próximos capítulos.

#### **Enfermeiro(a) 7**

[...] A gente sabe que todas as equipes estão muito sobrecarregadas, mas a gente tenta manter atualizada uma planilha das mulheres que fizeram preventivo, quais são as mulheres que têm alteração, a gente manda a cartinha de convocação para refazer o exame caso precise, com aviso de quanto tempo ela precisa repetir aquele exame. Então, os ACS são nossos aliados nessa busca né. Então, a busca a gente realiza dessa forma né. Lógico que a gente sabe, como eu te falei, que todas as equipes estão muito cheias, algum caso ou outro talvez a gente não consiga acessar, talvez a gente pelo próprio horário de funcionamento da clínica né, é o horário de trabalho de muitas mulheres, isso dificulta para quem trabalha fora [...].

#### **Enfermeiro(a) 9**

[...]o exame citopatológico aqui na unidade fica quase que exclusivamente com os enfermeiros, a gente que majoritariamente faz os exames citopatológicos. Então, acho que a gente é quem está à frente disso né [...]. Então acho que a enfermagem é quem mais está à frente disso [...]. Então, eles fazem parte, mas menos do que a gente, até por ser uma atribuição que é nossa também, que a gente pode fazer, então a gente tem uma demanda muito grande na unidade e a gente tem muita demanda de dor articular por exemplo, que precisa ser avaliado exclusivamente pelo médico, como a demanda médica é grande e o rastreamento é uma atribuição da enfermagem também, faz parte do nosso protocolo. Então, a gente acaba ficando, mas não exclui o médico de fazer o preventivo. Pelo menos eu posso responder pela minha equipe, o médico acolhe, a gente tenta oportunizar, caso por exemplo, o médico esteja com uma agenda bem cheia e chega uma mulher que quer fazer preventivo e ele já acolheu bastante gente e a gente tem uma planilha de acolhimento né, e ele vê que vai entrar outras demandas de avaliação exclusiva médica, ele agenda esse preventivo para o enfermeiro. A maior parte das mulheres também, acho que você deve ver bastante isso, se recusa a escolher o preventivo naquele momento que a gente tenta oportunizar, elas preferem que seja agendado, que seja combinado, vem porque quer saber de uma dor no braço ou porque o cabelo está caindo. Aí então, tentamos oportunizar para que essa mulher colha o preventivo, mas no geral, elas preferem que agende. Então acaba ficando mais diariamente para o enfermeiro. Mas por exemplo, caso chegue uma mulher para avaliação ginecológica e só o médico esteja atendendo, ele vai colher o preventivo.

#### **Enfermeiro(a) 9**

O que atrapalha também nessa busca é o atendimento que é pesado porque hoje tem a pandemia, que veio depois de todo esse divisor de águas que foi a redução do salário e assim justificou a gente a não mais atender a demanda médica, que era o que a gente fazia rotineiramente. A gente tem tanta coisa

na estratégia para acompanhar, a saúde da mulher, criança, entre outras, que antes a gente não tinha tempo, a gente sempre foi afogado pela demanda médica. A gente passou a ter tempo para olhar para o que era nosso, [...].

**Enfermeiro(a) 13**

Quem está fazendo a coleta nesse momento (pandemia) são as médicas. Então, aqui ou tanto enfermeiro quanto médico, quase que 100% são os enfermeiros. Mas, não nesse momento, aqui na nossa clínica houve um acordo das médicas e dos médicos ficaram responsáveis nesse momento com a coleta do preventivo porque nós (enfermeiros) estamos muito envolvidos com a vacina. Então, como a gente não ia dar conta de todo o serviço eles ficaram com o preventivo de maior urgência, não seguindo como a gente seguia o nosso fluxo. [...] Como aqui a X é uma unidade de referência de residência médica, 90% da coleta, antes disso tudo acontecer, era com as enfermeiras e uns 10% dos médicos porque eles têm um momento que eles fazem saúde da mulher. Então, eles têm que fazer o preventivo.

**Enfermeiro(a) 15**

[...] Outra dificuldade da unidade que eu acho é do médico fazer preventivo também porque acaba sendo uma atribuição da enfermagem[...] Aqui não tem divisão da coleta, praticamente é mais o enfermeiro mesmo, o médico faz um caso ou outro que está com uma queixa, por exemplo, com condiloma e ele vai avaliar e acaba fazendo o exame. Mas, eles não têm uma agenda, uma rotina de fazer porque também a agenda está lotada de outras coisas e acaba que agenda da enfermagem, entre aspas, é mais tranquila e acaba mesmo ficando mais com a enfermagem essa coleta. **Enfermeiro(a) 16**

Pesquisa desenvolvida por Fernandes *et al* (2021) apontou resultado semelhante ao deste estudo ao assinalar que a participação do médico no rastreio do CCU se restringiu à prescrição de medicamentos, a partir da comunicação do enfermeiro sobre alteração ginecológica visualizada ou encaminhamentos para outros níveis de atenção. Neste contexto, muitas vezes, o cuidado compartilhado fica ainda mais prejudicado, se levar em conta a pressão pelo atendimento médico e a demanda reprimida decorrente da vacância desse profissional na SF.

Diante do que foi exposto, depreende-se que o agir técnico e ético do enfermeiro podem ser comprometidos por diferentes fatores como o tempo restrito para o atendimento e as agendas lotadas, o que implica dificuldade na concretização da abordagem ampliada de saúde. Além disso e, de acordo com Rocha, Cruz e Oliveira JCS (2019), alguns enfermeiros ainda se sentem inseguros em relação à execução do exame Papanicolau, devido à pouca experiência; insuficiência na formação/educação permanente e necessidade de auxílio de outro profissional na tomada de decisões. Destaca-se que a pressão de demanda, especialmente, nos dias em que o fluxo do atendimento está aumentado foi citada como um fator que interfere no desempenho do enfermeiro, o que está explicitado na fala dos participantes:

Então, essa mulher veio para um atendimento, veio numa consulta né. Nós temos que ter a percepção de ter um olhar integral sobre ela, em todos os sentidos. [...] infelizmente não, só consegue fazer esse atendimento, uma consulta de enfermagem completa né, vendo aquele usuário de forma integral, só se tiver com uma agenda melhor né, uma agenda que tenha menos pacientes em demanda espontânea, passando mal por algum motivo. Se tiver menos agendados e, tiver uma disponibilidade de um tempo maior, a gente consegue fazer uma consulta mais completa. Agora se infelizmente for um dia onde o fluxo é muito grande então, fica ruim, a gente não consegue.

**Enfermeiro(a) 2**

Geralmente, nessa consulta de saúde da mulher, a gente não consegue abordar toda aquela questão de forma mais ampla ou o acompanhamento de saúde porque a demanda é uma demanda assim bem grande a gente não consegue nessa consulta fazer uma consulta mais generalizada [...] para poder abordar outras questões de saúde, acho que principalmente quando são mulheres com mais de 50 anos né, que tem outros tipos de queixas, que trazem outras demandas, não só a demanda em si de saúde da mulher, do rastreamento do CCU, do acompanhamento da mamografia né e, outras questões relacionadas à menopausa e, aí é uma demanda grande. A gente não consegue abordar essas questões de saúde da mulher e mais outras questões de saúde [...]. **Enfermeiro(a) 6**

[...] para ser sincera quando eu estou fazendo uma consulta assim para preventivo eu foco mais nessa questão da saúde da mulher, a questão da mamografia, não tenho muito tempo de abordar outra questão, a não ser que seja uma coisa muito gritante, se ela chega para mim e fala estou sentindo isso ou aquilo e, que seja uma coisa urgente, [...] Essa abordagem mais ampla é bem difícil fazer, eu foco mais nessa questão mesmo de saúde da mulher até por uma questão de falta de tempo mesmo porque, você está com a agenda lotada para um monte de demanda te esperando e, preventivo é uma coisa mais demorada né, a pessoa tem que se vestir, se posicionar para o exame e aí não demora para outras coisas não. **Enfermeiro(a) 16**

Rocha, Cruz e Oliveira (2019), quanto à circunstância dos enfermeiros terem dificuldade na abordagem ampliada das usuárias, explicitam que provavelmente por conta do foco nas metas a serem alcançadas, a dimensão da integralidade do cuidado não seja observada como preconizado pelo SUS. Considerando a complexidade da operacionalização da integralidade na medida em que envolve as perspectivas do modo como o serviço de saúde está organizado e como as necessidades de saúde da população são atendidas, o rastreamento do CCU passa a configurar-se em desafio para o trabalho realizado na SF, no que tange à efetivação do princípio doutrinário da integralidade.

Mais um aspecto relevante a ser abordado se refere ao modo preocupado de atuar dos(as) enfermeiros(as) em relação à dificuldade de atingir a meta de 80% de cobertura do exame preventivo, o que evidenciou sua atenção em relação ao impacto esperado na morbimortalidade do CCU. Na percepção dos(as) enfermeiros(as) acerca

das fragilidades das práticas de rastreamento do CCU identificadas no serviço onde trabalhavam, de maneira geral, a meta de cobertura do exame citopatológico, preconizada pelo Ministério da Saúde, não foi alcançada.

[...] Então, eu vejo isso muito ruim, [...] essa pouca adesão, muitas das vezes, muitas mulheres a gente não consegue captar na faixa etária correta desse rastreio porque muitas das vezes ou são aquelas mulheres que já estão mesmo acostumadas a virem sempre fazer, as vezes até mesmo fora do prazo, ela nem completou um ano e já querem fazer, sempre as mesmas mulheres ou então aquelas que estão em atraso mesmo com a busca ativa falam que vão vir e não vem, [...] então quando vem é porque está sintomática [...]. **Enfermeiro(a) 2**

Em relação a prefeitura do Rio nesse momento é difícil te dar uma avaliação concreta porque estamos passando pelo período do COVID 19, então todas as atenções estão voltadas para a vacinação do COVID, mas em tempo pela minha vivência, há realmente uma difícil adesão, muitas mulheres se dirigem para atendimento especializado, no INCA, não quer falar muito sobre esse acompanhamento, tem uma adesão dificultosa mesmo. **Enfermeiro(a) 3**

Acho que a gente está longe de atingir essa meta de cobertura de quase 80% né. Não é o ideal, seja por questão de unidade muito cheia e que talvez a gente em algum momento deixe isso passar, porque tem vários atendimentos e estou com vários atendimentos no turno e tem uma mulher que está na idade preconizada, mas no dia vejo que não vai dar para realizar o preventivo, não dou conta e aí talvez a gente não ofereça tanto quanto a gente deveria, talvez essa porta não esteja tão aberta. Acho que nenhuma comunidade tem essa meta de 80% atingidas, seja porque também são as mulheres dentro da idade para fazer preventivo que normalmente estão no mercado de trabalho e não conseguem vir dentro desse horário comercial de funcionamento da unidade. [...]. Então é uma cobertura difícil de ser atingida. **Enfermeiro(a) 9**

Infelizmente a cobertura (cobertura do rastreamento do CCU) não atinge o preconizado devido à alta demanda de atendimentos, nesse momento tem a pandemia que a gente está vivendo, hoje acredito que não chega a 10% da nossa população, eu acho que é uma questão de construção de melhoria nas orientações e identificação dessas mulheres, infelizmente a pandemia a gente não pode sanar, mas acabando a gente tem que criar estratégias para fazer essas mulheres para voltar ao rastreio. **Enfermeiro(a) 12**

Quando a gente vai puxar os dados do prontuário eletrônico, a visão é horrível. Por isso essa primeira busca desses dados tem que ser feita por um laboratório. A gente é muito deficiente em prontuário eletrônico, se deixar de colocar um exame não vai contabilizar e você não vai ter essa coleta registrada. Se eu for olhar pelos dados retirados do prontuário eletrônico a cobertura é uma porcaria, muito ruim. Acho baixa a adesão, acho que tem que ser trabalhado um pouquinho mais, como eu te disse, tem mulheres que elas vêm direto colher o preventivo, o problema são as mulheres que não vem, então eu acho que o ideal era levar o exame para o território porque nem toda clínica da família é inserida próxima a comunidade. Acho ainda muito baixa a adesão, acho que tem muitas portas fechadas, tem colegas que trabalham com dias de preventivo, acho que isso é fechar portas, não trabalho assim. A gente tem como melhorar isso sim. **Enfermeiro(a) 13**

[...]E as mulheres que não procuram a gente não faz uma melhor captação, então acho que isso pode ser uma fragilidade nossa também de estar ali

sempre oportunizando para as mesmas mulheres que procuram e as que não procuram, que são as que não coletam o preventivo a gente não tem essa de ir lá, então acho que isso pode ser uma fragilidade nossa. **Enfermeiro(a) 14**

A gente tem um perfil de mulheres que procuram muito, mas elas são sempre as mesmas mulheres e tem algumas mulheres que nunca procuram, então essa questão da cobertura, eu acredito que a gente não cobre a porcentagem recomendada, que é de cerca de 80 %. [...]. **Enfermeiro(a) 14**

Eu acredito que não chega nem perto da cobertura preconizada, outra questão que eu acho também que tem que trabalhar mais é porque assim, aquela mulher que faz todo mundo a gente não preocupação porque ela está sempre fazendo, o problema é pegar essas mulheres com 3 a 5 anos sem fazer, as vezes eu percebo isso, eu vou coletar o preventivo e aí eu vejo lá no sistema e a pessoa estava direitinho, no passado fez, no ano retrasado também é até uma dificuldade também de falar para essa mulher que com 2 exames normais ela não precisa fazer todo ano, que é a cada 3 anos. Muitas vezes quando não entendem ou insistem eu até acabo coletando de novo. O que eu percebo é isso, o problema é pegar aquela mulher que nunca vem porque acho que as que costumam fazer dificilmente deixa passar da data. **Enfermeiro(a) 16**

De fato, a inquietação dos(as) enfermeiros(as) em relação ao acompanhamento da situação epidemiológica do CCU, no território onde atuavam, expôs a fragilidade em relação à cobertura do exame para o rastreamento do CCU. No estudo de Silva *et al* (2022), foram apresentados achados análogos ao desta pesquisa. Ao analisar o indicador que reflete a cobertura, observou-se baixa oferta do exame citopatológico para a população alvo e foi enfatizado que nenhuma das regiões alcançou o parâmetro nacional estipulado pelo Ministério da Saúde.

### 5.2.3 Categoria 3: Ações de educação em saúde insuficientes

Ao serem questionados sobre quais eram as fragilidades referentes ao rastreamento do câncer do colo do útero nos serviços de saúde onde atuavam, os depoentes relataram que não estavam conseguindo colocar em prática os grupos e as salas de espera devido à dificuldade na implementação das atividades educativas, o que não acontecia anteriormente.

[...] Tem muita pouca adesão até mesmo os grupos de gestantes, qualquer grupo dentro da unidade tem pouca adesão[...]. **Enfermeiro(a) 2**

Então a sala de espera e os grupos durante esse período da minha atuação como enfermeira nessa clínica da família não teve [...]. **Enfermeiro(a) 7**

Então, sobre a inserção dos enfermeiros nas práticas de rastreamento, nesse momento assim, a gente não está fazendo o grupo, tempos atrás a gente

fazia. A gente tinha um grupo, que envolvia mulheres e a gente reforçava a questão da realização do citopatológico, sobre a periodicidade dos exames, quem realiza os exames. **Enfermeiro(a) 4**

[...] Fazemos algumas salas de espera, não com tanta frequência porque a unidade é bem cheia, nossa escala tem ficado bem apertada, todos os dias e todos os turnos a gente está em alguma sala específica, em alguma atividade específica, então, tá difícil, as ações são mais no outubro rosa, [...]. **Enfermeiro(a) 9**

[...]a gente não conseguiu fazer muito essa questão dos grupos, de sala de espera. Então, esse tema específico a gente nunca abordou, no grupo de planejamento familiar assim, não é um grupo também que teve muita assiduidade na unidade né. Teve pouca procura e, às vezes a gente nem faz grupo, faz uma consulta individual porque não tem outros usuários com interesse né. Mas, realmente assim é um tema que não é muito abordado em educação em saúde, é mas abordado em uma consulta individual. Mas, em grupo ou sala de espera assim não. **Enfermeiro(a) 16**

Seguramente, uma das atribuições das equipes da ESF é a execução de atividades de cunho educativo. Mas, como evidenciado na investigação de Ferreira *et al.* (2022), há problemas cotidianos que impedem sua efetivação como a adesão de apenas metade dos profissionais e a atuação predominante dos enfermeiros. A prática de atividade educativa ainda não está consolidada, o que é condição *sine qua non* para assegurar o cuidado em saúde na Atenção Básica. No que tange à dinâmica dos serviços de saúde, muitas vezes, prevalece a ênfase assistencial, o que compromete o cuidado integral. Ao abordar a prática da integralidade e a articulação entre a assistência e a prevenção, Mattos (2004, p. 3) menciona que:

Uma primeira dimensão da integralidade, na prática se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos.

Na atualidade, as equipes de saúde vivenciam a transição entre o modelo de atenção à saúde técnico centrado, mecanicista, e aquele que privilegia o protagonismo dos sujeitos, o centrado na integralidade. É fato a coexistência de tais paradigmas no trabalho realizado nos serviços de saúde da família que, por sua vez, têm fomentado a prática do acolhimento, de atitudes humanizadas. Porém, persistem a primazia da atenção à doença e ao corpo biológico, assim como as barreiras que impedem a consolidação das ações integrais. São ainda expressivos os déficits na formação dos profissionais, bem como nas condições e relações de trabalho (FERTONANI *et al.*, 2015).

Em consonância com as falas dos entrevistados da presente pesquisa, em relação à insuficiência das ações educativas, estudo de Silva *et al.* (2017) obteve resultado similar no sentido de que os profissionais fizeram referência à utilização dessas atividades para fim de promoção do rastreamento do CCU, porém não de forma organizada e periódica, mas de modo genérico e pontual. Neste ponto, destaca-se o aumento da demanda bem como a exigência de que o(a) enfermeiro (a) dedique parte excessiva do tempo laboral na inserção de exames e/ou consultas no SISREG e no preenchimento de planilhas para acompanhamento de gestantes entre outros, como fatores que contribuem negativamente para a prática sistemática da educação em saúde na APS.

Análogo aos achados dessa pesquisa, estudo realizado por Pinto, Assis e Pecci (2019) mencionou, nos resultados, a sobrecarga de trabalho dos profissionais como um entrave para a realização das ações de educação em saúde nas unidades de atenção básica, bem como a insuficiência de recursos humanos. Observa-se, aqui também, a existência de equipes na SF sem o médico, incompletas; muitas vezes, tem se constituído em ônus para o trabalho do enfermeiro, pois ambos deveriam compartilhar o cuidado à população nos diferentes ciclos de vida, bem como em relação às condições de saúde, como o acompanhamento das pessoas com diabetes, alternando a consulta sob a responsabilidade do enfermeiro e do médico. Tal problemática está diretamente ligada à forma como o serviço está organizado, repercute e compromete a produção de cuidado em saúde na APS.

Outra vertente emergente em relação às adversidades na implementação das atividades educativas, diz respeito ao advento da pandemia da COVID 19, o que ficou notório nas falas das entrevistadas, como segue:

Eu entrei aqui em abril de 2020 e, desde então não se realiza grupo nesta unidade, [...] eu não tive oportunidade nenhuma de ter grupo, de realizar um grupo de pé diabético, de planejamento familiar, de saúde da mulher. A gente não está tendo tempo, não está tendo condições de fazer isso [...] a ação de promoção de saúde também é bem complicado. **Enfermeiro(a) 6**

Então, a sala de espera e os grupos durante esse período da minha atuação como enfermeira nessa clínica da família não teve. Não deu para fazer sala de espera justamente por conta do COVID 19 e os atendimentos. [...], então, sala de espera não deu e o grupo também não. **Enfermeiro(a) 7**

[...] com essa questão da pandemia é meio que quebrou esses planos (ações educativas). Mas, assim que possível a gente já vai voltar no território. **Enfermeiro(a) 10**

A pandemia afetou muita gente nessa questão da promoção, então assim, a gente não teve grupo ou nenhuma atividade coletiva [...] sobre a sala de espera na minha unidade a gente não costuma fazer, a gente não consegue fazer na verdade. **Enfermeiro(a) 14**

Estudo de Oliveira *et al.* (2021) apontou resultados semelhantes ao desta investigação no que concerne à suspensão de algumas ações, principalmente as atividades coletivas, com a finalidade de evitar o contágio dos usuários e profissionais pelo coronavírus. Além disto, os autores enfatizaram que o princípio da integralidade e o atributo da longitudinalidade do cuidado foram comprometidos durante o período pandêmico da COVID 19. Em decorrência de tal situação, houve um movimento de reorganização do processo de trabalho na APS, sobretudo, no pico da pandemia. O esforço se deu no sentido de manter a assistência de qualidade, principalmente aos grupos prioritários, como as crianças menores de 1 ano. Isso não foi plenamente alcançado devido ao excesso de trabalho vivenciado pelas equipes, o que mitigou a execução de determinadas práticas de saúde, especialmente, as atividades de educação em saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação buscou compreender os significados das vivências das(os) enfermeiras(os) no que se refere às práticas de rastreio do câncer do colo do útero no contexto da saúde da família no Município do Rio de Janeiro. Diferentes questões emergiram, a partir dos horizontes de profissionais que atuaram nas práticas de saúde, com realce para os sentidos práticos da integralidade ao se considerar o modo de cuidar e organizar as práticas de saúde em sua vertente social, levando em conta o potencial resolutivo em relação às necessidades e demandas das usuárias que constituem a população prioritária da Linha de Cuidado do CCU.

Tomando por base os achados desta pesquisa, considera-se que a realidade da procura das usuárias pelo exame Papanicolau, nos serviços da SF, é preocupante, uma vez que prevaleceram as situações de sub ou super rastreamento do CCU e, particularmente, as evidências sobre a baixa procura que guarda relação com a dimensão simbólica, os valores culturais do acesso, bem como com a intersubjetividade no encontro entre profissional/usuária. Ressalta-se que a utilização dos serviços de saúde também é resultante dessa interação, significando que é preciso compreender o lugar desses sujeitos na produção do cuidado, até para que, ao reorganizar os serviços, tenham-se em vista esses horizontes e as peculiaridades de cada território, a fim de favorecer a procura oportuna das mulheres pelo exame Papanicolau.

No que diz respeito à comunicação entre as equipes da SF e as usuárias da Linha de Cuidado do CCU, constatou-se que há ainda muito ruído e entraves na socialização das informações sobre o modelo de atenção do nível primário, no que tange às suas características e alcance do cuidado em saúde. É provável que o nó crítico na comunicação tenha influenciado o comportamento das mulheres em relação à busca pelo Papanicolau. Por outro lado, foi acertada a atitude dos profissionais ao dialogar com as usuárias com o objetivo de informar sobre o modelo de atenção na SF, o papel dos generalistas e a competência dos profissionais em relação à execução do exame Papanicolau.

Além disso, registrou-se o entendimento da educação em saúde sobre a temática do CCU na SF, como algo que há muito tempo é difícil colocar em prática, pois a hegemonia do modelo biomédico, assim como o aumento de demanda e a sobrecarga de trabalho afetaram negativamente tais práticas que não foram convenientemente compartilhadas pelos integrantes da equipe de saúde. Vale destacar o papel do ACS, uma vez que sua interlocução estratégica com a população pode melhorar a compreensão sobre as informações relativas ao serviço, sobretudo, atingindo prioritariamente as usuárias que apresentam menor adesão ao rastreamento. Dessa forma, podem elevar o grau de alerta sobre o Papanicolau, interferindo na adesão ao exame de rastreio e, conseqüentemente, na detecção precoce de sinais e sintomas do câncer. Todavia, há que se primar pela atualização dos ACS em relação à temática do CCU.

Nesse ponto, salienta-se o protagonismo do enfermeiro em relação à Linha de Cuidado do CCU, em razão de ter sido considerado o profissional mais atuante no rastreamento do CCU na SF. Seu expressivo envolvimento denotou o emergente papel assistencial desse profissional na APS. A propósito, no que se refere ao cuidado em saúde, o desempenho do enfermeiro deve ser considerado, na medida da sua resolubilidade, o que significa também o atendimento de diferentes situações clínicas com grande autonomia prescritiva remetendo à autonomia profissional.

Foi evidenciado, também, o reconhecimento das usuárias sobre a competência técnica e interpessoal dos enfermeiros no que concerne, especialmente, à prática do exame Papanicolau, o que concorreu para a concordância de muitas mulheres em realizar o exame com esse profissional. Entretanto, muitas vezes, o enfermeiro não conseguiu aplicar a abordagem alinhada com a integralidade em saúde nos seus atendimentos. As dificuldades persistem, sendo uma delas não estar ocorrendo a contento o compartilhamento com o médico da realização do exame Papanicolau. A potência do enfermeiro no sentido de contribuir na ampliação do acesso e no aprimoramento da qualidade da APS no Brasil foi observada. Contudo, devem ser assegurados pelas instituições competentes a formação sólida, a educação permanente e o trabalho cooperativo num ambiente de trabalho seguro.

Conclui-se que, o sucesso do rastreamento do câncer cervical resultará do esforço da gestão em direção à reorganização da assistência ginecológica na ESF, do trabalho multiprofissional, da capacitação dos profissionais, o que implica a

eliminação de barreiras e das iniquidades no acesso e na utilização dos serviços com potencialização das ações integrais de saúde, o que expressa o compromisso com as mulheres e com a vida.

## **7 LIMITAÇÕES DA PESQUISA**

Como limitação do estudo, ressalta-se que os resultados foram produzidos a partir da perspectiva dos enfermeiros, o que confere especificidade aos achados. Entretanto, o motivo da eleição desses profissionais se deu devido à sua expressiva participação no PCCU.

Em decorrência da pandemia de Covid-19, foi preciso mudar a rotina em muitos aspectos, uma nova realidade se impôs com limitações jamais vivenciadas. Nesse contexto, houve impacto no desenvolvimento da presente pesquisa, especialmente, em relação ao trabalho de campo, visto que os profissionais diretamente envolvidos no cuidado prestado à população nem sempre estavam disponíveis e, muitos deles, foram afastados devido às suas condições de saúde que implicavam isolamento social.

Quanto a avaliação da cartilha, a mesma foi encaminhada para os participantes da pesquisa e 2 participantes aceitaram avaliar o material, que permitiu a validação da cartilha produzida.

Convém ressaltar que as limitações encontradas não impediram o alcance dos objetivos propostos no estudo, bem como não impactaram na qualidade dos resultados da pesquisa e do produto técnico-tecnológico desenvolvido.

## Cartilha "Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Orientações aos Agentes Comunitários de Saúde "



MESTRADO PROFISSIONAL  
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA - FM  
HOSPITAL ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS - HESFA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ



Rastreamento do Câncer do  
Colo do Útero: Orientações  
aos Agentes Comunitários  
de Saúde

Rio de Janeiro  
2023



## Autores

Rosângela França Santos  
Maria Cristina Dias da Silva  
Maria Kátia Gomes



Saúde da Família



## Sumário

1. Apresentação
2. Introdução
3. Abordando as Usuárias
4. Resultados esperados
5. Referências Bibliográficas
6. Folheto: "Rastreamento do Câncer do Colo do Útero-  
conversando com as mulheres"



**Saúde da Família**

## Apresentação

Esta cartilha foi produzida a partir de uma pesquisa desenvolvida no Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Sua elaboração teve como base a observação do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) e as dificuldades encontradas quanto às ações de prevenção do câncer do colo do útero (CCU) junto às mulheres assistidas.

Durante as reuniões de equipe e em outros momentos, os ACS destacaram que é frequente as situações nas quais identificam mulheres que têm o desejo de realizar o exame preventivo todo ano ou a cada 6 meses, esse grupo é constituído por aquelas que sempre querem ser examinadas, em contrapartida ressaltaram os casos das mulheres que não realizavam o exame há mais de 3 anos. Os profissionais mencionaram que necessitavam de um material educativo que abordasse a temática do rastreio do câncer do colo do útero a fim de contar com uma ferramenta que desse suporte para as atividades realizadas no território onde atuam.

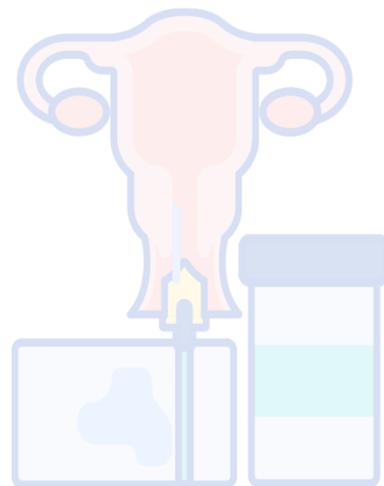
## Apresentação

Portanto, a presente cartilha é destinada aos agentes comunitários de saúde e tem como objetivo fortalecer a busca ativa das usuárias visando à adesão ao exame Papanicolau. O material educativo enfatiza a importância do rastreio do CCU e conta com informações sobre: o câncer do colo do útero; meios de prevenção da doença; periodicidade da coleta do exame preventivo; abordagem das usuárias.



## Introdução

O CCU é um tipo de câncer que demora muitos anos para se desenvolver. Na maioria dos casos, a evolução desde o primeiro contato com o papilomavírus humano (HPV) até a manifestação clínica, ocorre de maneira lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Considera-se um problema de saúde pública em decorrência do alto índice de letalidade entre mulheres de diferentes idades. O rastreamento de, no mínimo, 80% da população alvo, somado ao diagnóstico e tratamento precoces dos casos alterados, possibilita reduzir, entre 60 a 90% a incidência do câncer de colo invasivo.



## Introdução

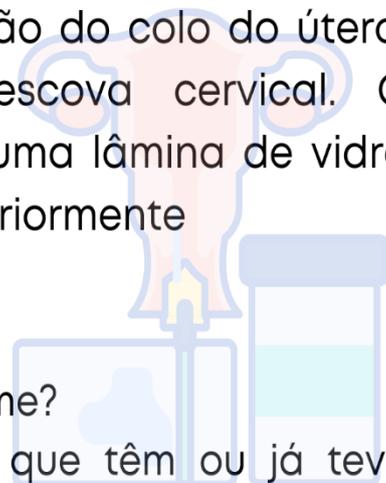
A prevenção primária está relacionada à prática do sexo seguro por meio do uso de preservativos a fim de diminuir o risco de contágio pelo HPV. A vacina contra o HPV está disponível no SUS desde 2014 abrangendo preferencialmente meninos e meninas de 9 a 14 anos, sendo 2 doses da vacina e pessoas com sistema imunológico comprometido até os 45 anos, nesses casos serão 3 doses da vacina. A prevenção secundária abrange o diagnóstico precoce e o rastreamento, através da realização do exame preventivo (papanicolaou).

O que é o exame preventivo?

É a coleta da secreção do colo do útero, utilizando espátula e escova cervical. O material é colocado em uma lâmina de vidro para ser examinado posteriormente num microscópio.

Quem deve realizar ao exame?

Toda pessoa com útero que têm ou já teve atividade sexual, com idade entre 25 a 64 anos.

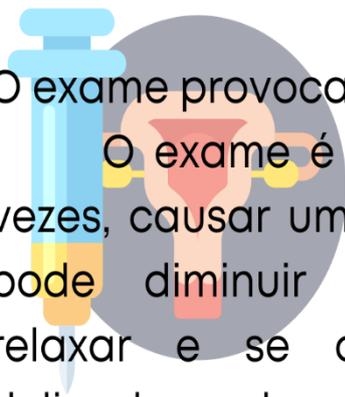


## Introdução

O exame é realizado anualmente por dois anos consecutivos, se os resultados forem negativos, passa a ser realizado com intervalo de 3 anos. Nas mulheres com mais de 64 anos e que nunca fizeram o exame, deve-se realizar dois exames consecutivos com intervalo de um a três anos, estando ambos negativos, elas podem ser dispensadas do rastreamento. Imunossuprimidas (HIV+, transplantadas, em tratamento de câncer e usuárias crônicas de corticosteroides), tem outro intervalo entre os exames. As mulheres grávidas também podem realizar o preventivo. Homens transgênero e pessoas não binárias (que tiveram o sexo feminino designado ao nascer), mulheres lésbicas e bissexuais devem realizar o exame.

O exame provoca dor?

O exame é simples e rápido. Pode, as vezes, causar um pequeno desconforto que pode diminuir se a mulher conseguir relaxar e se o exame for feito com delicadeza e boa técnica.



## Abordando as usuárias

Os ACS exercem papel fundamental na comunicação entre as usuárias e os profissionais das equipes de saúde, criam vínculo, conhecem as necessidades assistenciais e sociais da população e podem participar ativamente por meio de abordagem integral das mulheres ao implementar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

No contexto de participação do ACS no rastreio do CCU é primordial a prática da escuta qualificada dessas usuárias em todas as atividades realizadas pela equipe de saúde como sala de espera, grupos de educação em saúde, consultas individuais e visitas domiciliares (VD), principal espaço de atuação do ACS, uma vez que está mais próximo do dia a dia das usuárias. Cabe aos profissionais aprofundar seu conhecimento sobre as necessidades de saúde das usuárias assistidas por meio do estabelecimento de relação dialógica e incentivar as mesmas a priorizar o cuidado à sua saúde.

## Abordando as usuárias

Vale destacar a prática de ações educativas individuais e coletivas como essencial na medida em que possibilita a socialização do conhecimento e a mobilização comunitária referentes ao CCU, com vistas a reforçar a importância do rastreio, informar sobre os sinais e sintomas de alerta da doença, aumentar a cobertura da vacina contra o HPV e, sobretudo a adesão das mulheres ao exame papanicolaou.



## Abordando as usuárias

Pontos a serem observados na conversa com as mulheres:

1- Abordagem das mulheres que não realizavam o exame há mais de 3 anos:

- Perguntar sobre os motivos de não ter sido examinada;
- Conversar sobre como o exame é realizado com intuito de minimizar o medo, a vergonha;
- Enfatizar a importância da realização do exame preventivo.

2- Abordagem das mulheres que querem ser examinadas a cada 6 meses ou anualmente:

- Perguntar sobre os motivos de querer ser examinada com maior frequência do que é previsto pelo Ministério da Saúde (MS);
- Informar que o exame não tem objetivo de diagnosticar e tratar as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Porém, no caso de suspeita de IST deverá conversar com o ACS para que seja assegurado o atendimento pelo enfermeiro ou médico;
- Esclarecer a periodicidade preconizada pelo MS para a realização do exame preventivo.

## Resultados esperados

Atualizar os ACS sobre a importância do rastreio do câncer do colo do útero e seu papel primordial na busca ativa das mulheres com exame em atraso.

Aumentar a adesão das mulheres ao rastreio do câncer do colo do útero por meio das ações de mobilização e socialização sobre a importância do exame preventivo.



**Saúde da Família**



## Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Conversando com as mulheres

### O que é o exame?

Um exame que busca detectar lesões geradas pelo vírus HPV que podem levar ao câncer do colo uterino.

### Quem deve realizar o exame?

Toda pessoa com útero a partir dos 25, com vida sexual ativa, até os 64 anos.

### Por que essa faixa etária?

A incidência de câncer de colo em mulheres com menos de 25 anos é baixa pois até essa idade, há altas chances de resolução espontânea.

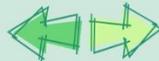
### Periodicidade

Devem ser realizadas 2 coletas anuais seguidas e, se resultados normais, realizar de 3 em 3 anos.

### Prevenção



O SUS disponibiliza vacina contra o HPV!  
Meninas e meninos (2 doses de 9 a 14 anos)



Imunossuprimidos (até os 45 anos), com 3 doses.

### VOCE SABIA?

No Brasil, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais incidente entre mulheres!

Para o ano de 2023 foram estimados 17.010 casos NOVOS



### Como é feito o preventivo?

ETAPA 1: Uso de uma espátula para coletar amostra da superfície do colo



ETAPA 2: Uso de uma escova para coletar amostra de dentro do colo

**E MAIS!**

Gestantes devem coletar o preventivo normalmente. Não faz mal para o bebê!

Imunossuprimidas devem seguir uma periodicidade específica. Procure sua unidade de saúde para saber mais!

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes\\_para\\_o\\_Rastreamento\\_do\\_cancer\\_do\\_colo\\_do\\_uterio\\_2016\\_corrigeo.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigeo.pdf).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Acesso em 21/01/2020. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. Acesso em 02/04/2023. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf).

FEBRASGO. Informações sobre a Vacinação contra HPV. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1621-informacoes-sobre-a-vacinacao-contrahpv>.

## Referências Bibliográficas

FLORIDO, Lucas Moreira; ELIAN, Ethel Muniz. Desafios do Rastreamento de Câncer de Colo em Homens Transgêneros. Cadernos da Medicina-UNIFESO, v. 2, n. 3, 2020.

GIORDANI, Anney Tojeiro. Normas editoriais, orientação aos autores: cartilhas. / Anney Tojeiro Giordani, Priscila A. Borges Ferreira Pires. Revisão de Diná Tereza de Brito. - Cornélio Procópio: Editora UENP, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Folha informativa - HPV e câncer do colo do útero (OMS/OPAS) - 2019. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5634:folha-informativa-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5634:folha-informativa-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero&Itemid=839). Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

SANTOS, T. D.; CARNEIRO, P. M.; SACRAMENTO, V. M.; CAMACAM, D. R.; OLIVEIRA, G. F. C. de; VEIGA, K. G. C.; BATISTA, L. B.; WANDERLEY PRADO, G. Y. neto; PINTO, E. C.; NEIVA, J. C. B. O papel do Agente Comunitário na prevenção do câncer de colo uterino / The role of the Community Agente in the prevention of cervical câncer. Brazilian Journal of Health Review, [S. l.], v. 4, n. 6, p. 26991-27004, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n6-269. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/40497>. Acesso em: 17 mar. 2023.

SILVA SS, Bonfim ES, Silva MA, Souza NS, Agente comunitário de saúde: o uso da educação em saúde como facilitador do cuidado. Em ExtensãoUberlândia, v. 13, n. 2, p. 122-128, jul. / dez. 2014. [Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/28956>]

## REFERÊNCIAS

AGUILAR, R.P.; SOARES, D.A. **Barreiras à realização do exame Papanicolau:** perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 359-379, jun. 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000200359&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200359&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 maio 2020.

AMARAL, V.S *et al.* **Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde:** uma pesquisa-ação. **Physis**, [s.l.], v. 31, n. 1, p. e310106, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>.

ANAIS DA 8ª CNS, 1986. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986.** Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 13 abr. 2021;

ANDRADE C.B. *et al.* Percepção dos enfermeiros da atenção básica à saúde do município de Jeremoabo frente à resistência das mulheres na realização do exame citopatológico de colo de útero. **Revista Saúde em Foco**, [s.l.], v. 9, p. 34-55, 2017. Disponível em: [https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/006\\_percepcao\\_dos\\_enfermeiros\\_da\\_atencao\\_basica\\_a\\_saude.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/006_percepcao_dos_enfermeiros_da_atencao_basica_a_saude.pdf). Acesso em: 09 jul. 2021.

ANJOS, E.F *et al.* Monitoramento das ações de controle do câncer cervicouterino e fatores associados. **Texto & Contexto Enfermagem**, [s.l.], v. 30, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0254>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/x4gKN6qTG5JKx4B5x6Mm87c/?lang=en>. Acesso em: 04 abr. 2022.

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J. **Circulação polifônica:** comunicação e integralidade na saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. 308p.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 66-72, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rJ5dYsWzDHmR8TFcwjmsrZP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 abr. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BARROS, M.S. **Fatores que influenciam a não realização do exame de papanicolau.** Anais I CONBRACIS... Campina Grande: Realize Editora, 2016. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/19189>. Acesso em: 02 jun. 2021.

BOURDIEU, P. 1930- **Razões práticas**: Sobre a teoria da ação. Tradução: Mariza Corrêa- Campinas, SP: Papirus. 1996. 260 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do útero**. – Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em:  
[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoce). Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2013. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em:  
[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes\\_para\\_o\\_Rastreamento\\_do\\_cancer\\_do\\_colo\\_do\\_uterio\\_2016\\_corrigido.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf). Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integrada a Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: estrutura, princípios e como funciona. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acesso em 11 abr. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado; 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 out. 2011b. Seção 1. p. 48-55.

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 82, p. 18055-9, de 20 de setembro de 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 09 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf). Acesso em: 02 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Deteção precoce de câncer durante a pandemia de Covid-19** (Nota Técnica – DIDEPRE/CONPREV/INCA – 30/3/2020). Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nota\\_tecnica\\_deteccao\\_precoce\\_covid\\_marco\\_2020.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nota_tecnica_deteccao_precoce_covid_marco_2020.pdf). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Rastreamento de câncer durante a pandemia de COVID-19** (Nota Técnica – DIDEPRE/CONPREV/INCA 09/07/2020). Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nota\\_tecnica\\_rastreamento\\_covid\\_jul\\_2020.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nota_tecnica_rastreamento_covid_jul_2020.pdf). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRITO-SILVA, K. *et al.* Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev. Saúde Pública**, [s.l.], v. 48, n. 2, p. 240-248, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004852>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/X9jyqz8cRTK8FCrKrKcCvSVm/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2020.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A.F.B.; TANAKA, O.Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 249-260, mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000014>. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100019&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 abr. 2021.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 277 p.

CECÍLIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009, p. 117-130.

DIAS, E.G. *et al.* **Atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero em Unidades de Saúde**. J. Health Biol Sci. 2021;9(1):16. DOI: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v9i1.3472.p1-6.2021>.

DOS SANTOS, S. *et al.* Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 16, núm. 4, julho-agosto, 2015, pp. 532 -539 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil.

FEBRASGO. **Informações sobre a Vacinação contra HPV**. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1621-informacoes-sobre-a-vacinacao-contrahpv>. Acesso em: 05 mar. 2023.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300309, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312020000300308&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000300308&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 abr. 2021.

FERNANDES, N.F.S. *et al.* Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cad. Saúde Pública**, [s.l.], v. 35, n. 10, p. e00234618, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/x4zfvP7xx75t9nhWpFPMzDH/?lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2021.

FERNANDES, N.F.S.; Almeida, P.F.; Prado, N.M.B.L.; Carneiro, A.O.; Anjos, E.F.; Paiva, J.A.C.; Santos, A.M. Desafios para prevenção e tratamento do câncer cervicouterino no interior do Nordeste. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 38, p. 1-27, 2021. <http://dx.doi.org/10.20947/S0102-3098a0144>.

FERREIRA, M. de C.M. *et al.* Detecção precoce e prevenção do câncer do colo do útero: Conhecimentos, Atitudes e Práticas de profissionais da ESF. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 27, n. 6, 2022. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/deteccao-precoce-e-prevencao-do-cancer-do-colo-do-utero-conhecimentos-atitudes-e-praticas-de-profissionais-da-esf/18227?id=18227>. Acesso em: 09 nov. 2022.

FERTONANI, H.P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ>. Acesso em: 09 jan. 2020.

FLORIDO, A.D.A. *et al.* Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de papanicolaou: Subsídios para a prática de enfermagem. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 11, n.1, p. 94-104, jan./mar.2010. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1\\_pdf/a10v11n1.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_pdf/a10v11n1.pdf). Acesso em: 09 jan. 2020.

FLORIDO, L.M.; ELIAN, E.M. Desafios do Rastreamento de Câncer de Colo em Homens Transgêneros. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, [s.l.], v. 2, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1998#:~:text=Discuss%C3%A3o%3A%20Os%20maiores%20desafios%20est%C3%A3o,maior%20n%C3%BAmero%20de%20amostras%20insatisfat%C3%B3rias>. Acesso em: 09 jul. 2022.

FRANCINI, R.P. *et al.* **Demanda em saúde e direito à saúde:** liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. 2016. Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2016/09/liberdadeounecessidade.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2022.

GASKELL, G. **Entrevistas individuais e de grupos.** In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2014. p.64-89.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 192 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 220 p.

GIORDANI, A.T. **Normas editoriais, orientação aos autores:** cartilhas. Revisão de Diná Tereza de Brito. - Cornélio Procópio: Editora UENP, 2020.16 f.

GIOVANELLA L, Martufi V, Ruiz Mendoza DC, Mendonça MAM, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde Debate**, [s.l.], v. 44, n. 4, p. 161-176, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prtrLwWLzNJZfQRy/?lang=pt>. Acesso em: 09 jul. 2022.

GIRIANELLI, V.R.; THULER, L.C.S.; AZEVEDO E SILVA, G. Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 198-204, maio 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-7203201400050003>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032014000500198&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000500198&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 abr. 2020.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Elaborado no Instituto Antonio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2023**: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em: 09 jan. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A mulher e o câncer do colo do útero – exposição**. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/apresentacoes/mulher-e-o-cancer-do-colo-do-utero-exposicao-versao-em-pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. 256 p.

MACHADO, HS; DE SOUZA, M.C.; GONÇALVES, S.J.C. Câncer de colo de útero: análise Epidemiológica e Citopatológica no município de Vassouras-RJ. **Revista Pró-UniverSUS**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 55-61, jan/jun 2017. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/904>. Acesso em: 09 mar. 2020.

MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DtJwSdGWKC5347L4RxMjFqg/>. Acesso em: 09 mar. 2020.

MALTA, D.C. *et al.* Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. **Ciênc Saúde Colet.**, [s.l.], v. 26, n. 7, p. 2833-2842, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021267.00602021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4PDxPLNlNnKwwzR7bBrdW3L/>. Acesso em: 09 jul. 2022.

MASSMANN, P.F. *et al.* Cobertura do exame citopatológico em unidades de saúde no interior de Mato Grosso. **J Health NPEPS**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 407-417, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/2252>. Acesso em: 15 jul. 2020.

MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009, p.43-68.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set/out. 2004. Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?lang=pt&format=pdf>.  
Acesso em: 11 jul. 2021.

MEDEIROS, A. T. N. de; TREVIZOLO, K. K. de S. G.; ANDRADE, S. S. da C.; FRANÇA, J. R. F. de S.; COSTA, C. B. A. Ações do enfermeiro frente à prevenção do câncer de colo uterino na Atenção Básica. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 10, p. e348101018519, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i10.18519. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18519>. Acesso em: 17 jan. 2023.

MELO, E.A.; MENDONCA, M.H.M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4593-4598, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019> .Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001204593&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204593&lng=en&nrm=iso). Acesso em 12 maio 2020.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde. Brasília:** Organização Pan-Americana da Saúde, CONASS, OMS. 554 p. 2011. Epub Nov 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>.

MINAYO, M. C. S. **Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação.** In: \_\_\_\_\_. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 261- 297.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod\\_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf). Acesso em: 18 abr. 2017.

NASCIMENTO, L.C.N. *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev Bras Enferm**, [s.l.], v. 71, n. 1, p. 228-233, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024531>. Acesso em: 09 jul. 2020.

OLIVEIRA, B.V.S. *et al.* Impacto da pandemia do COVID-19 sob o cuidado na atenção primária à saúde: percepção de enfermeiros. **Saúde coletiva**, [s.l.], v.11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11iCOVIDp7057-7072>. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1550>. Acesso em: 09 jan. 2022.

OLIVEIRA, I.C.; CUTOLO, L.R.A. Integralidade: Algumas Reflexões. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 146-152, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170102r1>.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022018000300146&lng=en&nrm=is](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000300146&lng=en&nrm=is). Acesso em: 13 abr. 2021.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. USP. Disponível em: <  
<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>>. Acesso em: 13 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Folha informativa - HPV e câncer do colo do útero (OMS/OPAS) - 2019**. Disponível em:  
[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5634:folha-informativa-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5634:folha-informativa-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero&Itemid=839). Acesso em: 10 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Folha informativa – 2020a. Disponível em:  
<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 26 mai. 2022.

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. S25-S32, 1998. DOI:  
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>.  
Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 abr. 2023.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. **Cuidado e integralidade**: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro, Hucitec, 2008. p.23-38.

PINHEIRO, R. *et al* (Orgs.) **Construção social da demanda por cuidado**: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS /CEPESC/ LAPPIS/ABRASCO, 2013,304 p.

PINTO, C.J.M.; ASSIS, V.G.; PECCI, R.N. et al. Educação nas Unidades de Atenção Básica: dificuldades e facilidades. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 13, n. 5, p.1429- 36, maio. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024531>. Acesso em: 09 jan. 2021.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. **Indicadores de Desempenho da Atenção Primária à Saúde**: Razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero. Rio de Janeiro: SMS-RJ/SUBPAV; 2019.

RANGEL, G.; LIMA, L.D.; VARGAS, E.P. Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1065-1078, dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420161070261>. Disponível em  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000401065&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401065&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 maio 2020.

ROCHA, C.B.A.; CRUZ, J.W.; OLIVEIRA, J.C.S. Insegurança nas ações de controle do câncer de colo uterino: atuação do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Rev Fun Care Online.**, [s.l.], v. 11, n. 4, p. 1072-1080, jul/set 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1072-1080>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6928>. Acesso em: 13 jan. 2023.

RODRIGUES NETO, J.F.; FIGUEIREDO, M.F.S.; SIQUEIRA, L.G. Exame citopatológico do colo do útero: fatores associados a não realização em ESF. **Rev. Eletr. Enf.**, [s.l.], v. 10, n. 3, p. 610-621, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a07.htm>. Acesso em: 09 fev. 2020.

SANTOS, D.S.; MISHIMA, S.M.; MERHY, E.E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc saude coletiva.**, [s.l.], v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s9bmJspgCcykVW6gddLytdG/?lang=pt>. Acesso em: 09 fev. 2021.

SANTOS, R.S.; MELO, E.C.P.; SANTOS, K.M. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil. **Texto Contexto - Enferm.**, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 800-810, dez 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RhYf7dHpHR79sddtdTdLgZp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 fev. 2020.

SILVA, A.B. et al. Prevenção do câncer cervicouterino: uma ação realizada pelos enfermeiros da estratégia saúde da família? **Rev Cienc Plural**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 99-114, 2017. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2017v3n2ID12926>. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12926>. Acesso em: 09 mar. 2020.

SILVA, R.M.G da. Detecção precoce do câncer do colo do útero no Brasil: um estudo dos indicadores de cobertura e adesão às diretrizes técnicas nacionais. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. e48511326714, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.26714. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26714>. Acesso em: 10 mar. 2023.

SILVA, W.B.H. da *et al.* Influência da pandemia de Covid-19 nos índices glicêmicos de pacientes diabéticos. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [s. l.], v. 9, n. 11, pág. e66691110427, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i11.10427. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10427>. Acesso em: 26 out. 2022.

SORANZ, D.; PINTO, L.F.; PENNA, G.O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>.

SOUZA, A.B; BORBA, P.C. Exame Citológico e os Fatores Determinantes na Adesão de Mulheres na Estratégia Saúde da Família do Município de Assaré. **CAD.**

**Cult. Ciênc.**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 36-45, 2008. Disponível em:  
<http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/viewFile/17/17-57-1-PB>.  
Acesso em: 09 nov. 2011.

SOUZA, L.E.P.F *et al.* **Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil.** *In:* HARTZ, Z.M.A et al. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 65-102. DOI: 10.7476/9788575415160. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-05.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.

SOUZA, S.A.L. **Paradigmas de Saúde:** Um olhar sobre as práticas da Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro. 2020, 138 f. Dissertação (Mestrado em ciências da saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

SOUZA, R.R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

## APÊNDICE 1



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

O (a) sr (a). foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: **Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Município do Rio de Janeiro: a perspectiva dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde**, que tem como **objetivo compreender os significados das vivências das(os) enfermeiras(os) no que se refere às práticas do rastreio do câncer do colo do útero no contexto do Município do Rio de Janeiro.**

Este é um estudo de mestrado profissional em atenção primária à saúde orientado pela Dra. Maria Katia Gomes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e realizado por mim, enfermeira Rosângela França Santos. A pesquisa segue uma abordagem qualitativa.

A pesquisa terá duração de dois anos, com término previsto para setembro de 2021. Sua participação na pesquisa será responder às perguntas de uma entrevista semiestruturada sobre sua atuação na linha de cuidado de saúde da mulher. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente 50 minutos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, uma vez que ele será substituído de forma aleatória pela letra V e pelo número de sua entrevista. As entrevistas serão gravadas por meio de um dispositivo MP4 e ficarão sob minha guarda e responsabilidade, assim como o material da sua transcrição realizada pela própria investigadora, por um período de cinco (05) anos. Após este tempo, o material das entrevistas será incinerado e/ou deletado. O (a) Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por sua participação. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) sr (a) poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu

consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com sua instituição de trabalho.

Esta pesquisa prevê os seguintes riscos: receio de sofrer algum tipo de desconforto emocional; constrangimento moral e/ou intelectual e cansaço ao responder aos questionamentos. Diante de tais situações, a pesquisadora procurará identificar o motivo do desconforto dando apoio ao (à) participante; esclarecerá que cabe à pesquisadora registrar seu relato sem fazer nenhum tipo de julgamento, bem como poderá interromper a conversa, a fim de que haja uma pausa, e conduzirá a entrevista de forma a concluí-la o mais breve possível.

A garantia do sigilo ocorrerá por meio do anonimato, atribuindo letra e número no lugar do nome. Também será assegurado local reservado e confortável para a realização da entrevista. O (a) sr.(a) terá liberdade para questionar, sempre que julgar necessário, e para recusar a responder perguntas que considerar constrangedoras. Caso o (a) sr.(a) não entenda o significado de alguma questão, poderá perguntar imediatamente. Para garantir total sigilo, os dados da pesquisa serão guardados apenas no computador da pesquisadora principal ao qual somente ela terá acesso por senha privada.

O benefício relacionado à sua participação na pesquisa ocorrerá no sentido de contribuir na construção de conhecimentos científicos na área de atenção primária, especialmente, por meio de uma abordagem qualitativa centrada no protagonismo dos profissionais.

O (a) sr(a). receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail das pesquisadoras responsáveis, do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – RJ, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora, ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

---

Pesquisador Principal(orientadora).

Maria Katia Gomes

Faculdade de Medicina da

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
de Janeiro

---

Pesquisadora Principal.

Rosângela França Santos

Secretaria Municipal de Saúde do Rio

E-mail: gomes.mariakatia@gmail.com

E-mail: rosangela\_unirio@yahoo.com.br

Cel: (21) 98841-2388

Cel: (21) 98724-4024

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – UFRJ – Rua Afonso Cavalcanti, 275– Cidade Nova- RJ. CEP 20211-110 Tel: (21) 39380962. E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com. <http://eean.ufrj.br/index.php/comite-etica/sobre>. Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – RJ - Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 - Centro – RJ, CEP: 20031-040. Tel: 2215-1485. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br. <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Participante da Pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura

Rio de Janeiro, de de 2021.

## **APÊNDICE 2**

### **ROTEIRO DA ENTREVISTA**

#### **IDENTIFICAÇÃO:**

Idade:

Gênero:

Tempo de atuação na ESF:

Cursos de especialização:

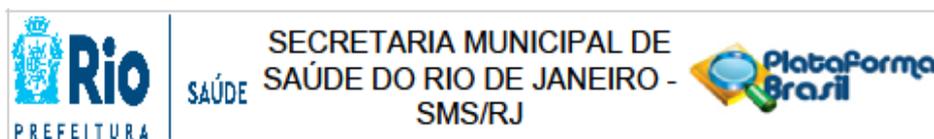
Questões disparadoras:

1-Do seu ponto de vista, quais são as potencialidades e as fragilidades das práticas de rastreamento do câncer do colo do útero realizadas neste serviço de saúde?

2- Para você, como ocorre a inserção dos(as) enfermeiros(as) nas práticas de rastreamento do câncer do colo do útero no contexto do processo de trabalho das equipes deste serviço de saúde?

3- Fale livremente acerca da sua percepção sobre a interação com as usuárias decorrente das práticas de rastreamento do câncer do colo do útero, realizadas neste serviço de saúde, considerando a abordagem psicossocial e cultural das mulheres.

## ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Adesão ao Exame Citopatológico do Colo do Útero: A Percepção dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro.

**Pesquisador:** ROSÂNGELA FRANÇA SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34626620.2.3001.5279

**Instituição Proponente:** RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DA NOTIFICAÇÃO

**Tipo de Notificação:** Outros

**Detalhe:** SUBMISSÃO DE EMENDA-PRORROGAÇÃO DE PRAZO

**Justificativa:** Eu, Rosângela França Santos, CPF: 099.494.067.06, matrícula SIGA/UFRJ:

**Data do Envio:** 04/08/2022

**Situação da Notificação:** Parecer Consubstanciado Emitido

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.628.355

#### Apresentação da Notificação:

Trata-se de notificação para prorrogação de prazo da pesquisa. A pesquisa encontra-se aprovada, conforme Parecer Consubstanciado deste CEP, nº 4.446.895, de 08/12/2020. As informações contidas nos campos Apresentação do Projeto, Objetivo da Pesquisa e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram retiradas do arquivo (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1572967.pdf)

#### Resumo:

O câncer do colo do uterino (CCU) acomete um expressivo número de mulheres ao redor do mundo, entre as mulheres é o terceiro tipo de neoplasia maligna mais comum. Considera-se esse agravo como um problema de saúde pública em decorrência do alto índice de letalidade entre mulheres de diferentes idades. A principal estratégia para seu rastreamento é o exame Papanicolau. Objetivo: Compreender como os enfermeiros significam a adesão ao exame

**Endereço:** Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar  
**Bairro:** Centro **CEP:** 20.031-040  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2215-1485 **E-mail:** cepsmrj@yahoo.com.br