



**VANESSA FRANCO DE CARVALHO**

**LINHA DE CUIDADO DAS MULHERES COM ALTERAÇÕES NO  
EXAME PAPANICOLAU**

**RIO GRANDE**

**2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**LINHA DE CUIDADO DAS MULHERES COM ALTERAÇÕES NO EXAME**  
**PAPANICOLAU**

**VANESSA FRANCO DE CARVALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem– Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

**Orientadora: Nalú Pereira da Costa Kerber**

**RIO GRANDE**

**2012**

C331r Carvalho, Vanessa Franco de.  
Linha de cuidado das mulheres com alterações no exame  
papanicolau / Vanessa Franco de Carvalho. – 2012.

104 f. : il. + tab. ; quadros.

Orientadora: Nalú Pereira da Costa Kerber.

Dissertação (mestrado)- Universidade Federal do Rio Grande/  
FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio  
Grande/RS, 17/12/2012.

1. Enfermagem. 2. Neoplasias - Útero. 3. Assistência ao paciente.  
4. Esfregaço vaginal. I. Kerber, Nalú Pereira da Costa. II. Título.

CDU 616-083

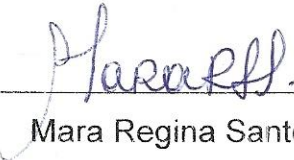
Catlogação na Fonte Cristiane Oliveira dos Santos – CRB10/1617

Biblioteca Central da FURG.

VANESSA FRANCO DE CARVALHO

LINHA DE CUIDADO DAS MULHERES COM ALTERAÇÕES NO EXAME  
PAPANICOLAU

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 17/12/12, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

  
\_\_\_\_\_


Mara Regina Santos da Silva

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_

Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber – Presidente (FURG)

  
\_\_\_\_\_


Dra. Silvana Martins Mishima – Membro Externo (EERP-USP)

  
\_\_\_\_\_

Dra. Geani Farias Machado Fernandes – Membro Interno (FURG)

  
\_\_\_\_\_

Dra. Adriana Dora da Fonseca- Suplente Interno (FURG)

  
\_\_\_\_\_

Dra. Marilu Correa Soares- Suplente Externo (UFPel)

**Dedico esta dissertação a minha querida irmã Marcia Rosane de Carvalho (*in memoriam*). Ela sempre me incentivou nos estudos e tinha imenso prazer em ensinar. Saudades eternas.**

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela minha existência e por me proteger e dar força nos momentos difíceis.

Aos meus pais, **Osmarina** e **Vilson** (*in memoriam*), que, embora todas as dificuldades, me deram condições para estudar e sempre me incentivaram e mostravam-se orgulhosos com todas as minhas conquistas. Amo vocês!

Ao meu esposo, **Thon**, que teve muita paciência durante todo a minha formação acadêmica e principalmente no período do mestrado. Sua presença foi essencial para que este sonho fosse alcançado!

A toda a **minha família**, pelo carinho e incentivo. Igualmente agradeço à **família do Thon**, que também me apoiou.

A todos os meus **amigos**, que me incentivaram e compreenderam minhas ausências durante este período.

A todas as **professoras e professores da Escola de Enfermagem**, da FURG, que se esforçam muito para a nossa formação.

À **Secretaria Municipal de Saúde**, da Prefeitura do Rio Grande, que sempre disponibilizou horários para que eu conseguisse estudar e acreditou no meu trabalho. Meus sinceros agradecimentos!

À Equipe do **Programa Saúde da Mulher**, que me apoiou, aconselhou, ajudou nos momentos difíceis e acreditou em minhas propostas. Tenho certeza de que, sem vocês, tudo seria muito mais difícil!

Ao **Grupo de Pesquisa Viver Mulher**, que sempre se mostrou prestativo e que foi essencial para a conclusão deste trabalho. Tenho imenso prazer em fazer parte desta família!

A todos os membros da **Banca Examinadora**, pelas contribuições no trabalho.

E, por fim, em especial, a minha orientadora, **Dr<sup>a</sup>. Nalú Pereira da Costa Kerber**, que sempre me apoiou, ajudou e acreditou no meu potencial. Considero-a um exemplo profissional e, além disto, um ser humano incrível. É uma pessoa com a qual tenho imenso prazer de conviver. Sempre foi mais que uma orientadora! Obrigada por tudo!

*“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar, ainda que em vão que sentar-se, fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver” (Martin Luther King).*

## RESUMO

CARVALHO, Vanessa Franco de. Linha de cuidado das mulheres com alterações no exame papanicolau. 2012. N° de folhas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este estudo é de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva; tem como objetivo analisar a linha de cuidado percorrida pelas mulheres que apresentam alterações significativas no exame Papanicolau, no município do Rio Grande/RS, com base nas Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero e o referencial de Redes de Atenção à Saúde, na especificidade da Linha de Cuidado. O local do estudo foi o município do Rio Grande /RS. Utilizou o banco de dados do macroprojeto de pesquisa intitulado: “Itinerário terapêutico das mulheres com alterações cervicais no citopatológico em Rio Grande”. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, realizada na residência de 52 mulheres que apresentaram alterações no exame Papanicolau no período de janeiro/2010 a julho/2011. Das mulheres investigadas 50% tiveram alterações iniciais e 50% apresentaram lesões mais avançadas. A partir do relato das mulheres, ficou evidente que a maioria, ao iniciar sua Linha de Cuidado, teve facilidade, pois não houve limitações no acesso ao exame de Papanicolau, porém, as mesmas relataram dificuldades no agendamento da consulta de retorno após obterem o resultado do exame. No que se refere ao acesso a informações sobre a frequência no Papanicolau, percebe-se que a realização do exame está vinculada à solicitação do profissional de saúde. Ainda, ao relacionar o tratamento realizado com as diretrizes do Instituto Nacional do Câncer, foi identificado que 20 mulheres realizaram o tratamento adequado, 29 inadequado e 03 aguardavam o desfecho do caso. Com base nos depoimentos das mulheres que tiveram tratamento inadequado, foi feita análise temática despontando duas categorias: a conduta inadequada como responsabilidade da mulher; e a conduta inadequada direcionada pelo profissional. A linha de cuidado segue diversos rumos, a depender do tipo de lesão, da conduta da mulher, da conduta do profissional e da disponibilidade dos serviços. Porém, há grande dificuldade no estabelecimento da rede de atenção à saúde, uma vez que não são empregadas ações imediatas para o início do tratamento e muitos profissionais desconhecem as diretrizes clínicas. Acreditamos que uma forma de apoio para efetivação do acompanhamento da linha de cuidado seja a criação de uma rede informatizada, com prontuário eletrônico, onde o profissional consiga acompanhar o tratamento realizado para essa mulher em todos os níveis de assistência.

**Descritores:** Esfregaço vaginal. Neoplasias do Colo do Útero. Acesso aos Serviços de Saúde. Continuidade da Assistência ao Paciente. Enfermagem.



## ABSTRACT

CARVALHO, Vanessa Franco de. Line of Care for women with alterations on their Pap Tests. 2012. 105 p. Dissertation (Master Degree in Nursing) – Nursing School. Nursing Post-Graduation Program, Universidade Federal do Rio Grande.

This study comprehends a qualitative, exploratory and descriptive approach; it aims to analyze the care plan which is established by women who show significant alterations on their Pap Tests in the city of Rio Grande/RS, based on the Policies for Tracking Cervical Cancer and the reference given in Health Care Network regarding Line of Care. The place of study was the city of Rio Grande/RS. The following research macro project database used was entitled: “Therapeutic itinerary of women with cervical alterations in the Cytopathology in Rio Grande”. The data were collected through semi-structured interviews held in the residences of 52 women who had alteration on their Pap Tests between January 2010 and July 2011. From all the investigated women, 50 % presented initial alterations and 50% showed more advanced injuries. From these women’s report it was clear that most of them had facility to begin their Line of Care since there were no restrictions in the access for Pap Tests however, these same women, reported difficulties in scheduling their follow-up visit after obtaining the exam results. Concerning the access to information about the frequency in Pap Tests, it was noticed that the completion of the tests is bounded by a request from a healthcare professional. Furthermore, when relating the carried out treatment with National Cancer Institute guidelines, it was identified that 20 women carried out the adequate treatment, 29 were inadequate and 03 were still waiting for the outcome. A thematic analysis was made with the ones who received inadequate treatments into two categories: inadequate treatment motivated by women’s conduct and the inadequate treatment given by professionals. The Line of Care follows several courses depending on the kind of injury, women’s conduct, professionals’ care and the availability of services. However, there’s a great difficulty in establishing attention networking to health once immediate actions are not employed in the beginning of treatments and many professionals are not aware about the clinical policies. We believe that a form of support for the monitoring of Line of Care is the creation a computerized network with electronic health records where the professionals can follow the treatment carried out by women in all levels of assistance.

**DESCRIPTORS:** Vaginal Smears. Uterine Cervical Neoplasms. Health Services Accessibility. Continuity of patient Care. Nursing.

## RESUMEN

CARVALHO. Vanessa Franco de. Línea de atención de la mujer con alteraciones en examen de papanicolaou. 2012. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este estudio es un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, tiene como objetivo analizar la línea de atención establecida por la mujer que muestran cambios significativos en las pruebas de Papanicolaou, en Río Grande/RS, basado en las Directrices para la detección del cáncer de cuello del útero y la Red de atención de salud en la especificidad de la línea del cuidado. El sitio de estudio fue la ciudad de Río Grande/RS. Se utilizó la base de datos del macroproyecto de investigación titulado "Itinerario terapéutico de las mujeres con anomalías cervicales en citopatología en Río Grande." Los datos fueron recolectados a través de entrevista semi-estructurada, llevada a cabo en la residencia de 52 mujeres que tenían alteraciones en la prueba de Papanicolaou, en el período Enero/2010 a Julio/2011. De las mujeres el 50% tenían cambios iniciales y el 50% tenían lesiones más avanzadas. Desde el informe de las mujeres, era evidente que la mayoría, cuando se inicia la Línea del Cuidado, tuvo facilidad porque no había un acceso limitado a la prueba de Papanicolaou, pero reportaron dificultades para programar una visita de regreso después de obtener los resultados de la prueba. En cuanto al acceso a la información sobre la frecuencia de Papanicolaou, el examen encuentra-se vinculado a la solicitud de los profesionales de la salud. Sin embargo, cuando se relacionó el tratamiento realizado con las directrices del Instituto Nacional del Cancer, se identificó que 20 mujeres se sometieron a un tratamiento adecuado, 29 no adecuado y 03 esperaban el resultado del caso. Con los datos de las que tuvieron tratamiento inadecuado, se realizó el análisis temático, surgiendo dos categorías: tratamiento insuficiente motivado por la conducta de la mujer, y el tratamiento inadecuado dirigido por profesionales. La línea de atención sigue de varias direcciones, dependiendo del tipo de lesión, la conducta de las mujeres, la conducta profesional y la disponibilidad de los servicios. Sin embargo, existe una gran dificultad en el establecimiento de la red de servicios de salud, ya que no se emplean medidas inmediatas para iniciar el tratamiento y muchos profesionales no son conscientes de las guías clínicas. Creemos que una forma de apoyo para el control efectivo de la línea de la atención es la creación de una red organizada, con registros médicos electrónicos, donde el personal puede monitorear el tratamiento dado a las mujeres en todos los niveles de atención.

**Descriptores:** Frotis vaginal. Neoplasias del Cuello Uterino. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Continuidad de la Atención al Paciente. Enfermería.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1. CÂNCER DE COLO UTERINO.....	18
2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO UTERO .....	24
2.3. ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO .....	27
2.3.1. Células atípicas de significado indeterminado.....	28
2.3.2. Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau.....	29
2.3.3. Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas e Células glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau.....	29
2.3.4. Lesão intraepitelial de baixo grau.....	29
2.3.5. Lesão intraepitelial de alto grau.....	30
2.3.6. Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor.....	30
2.3.7. Adenocarcinoma <i>in situ</i> e invasor.....	30
2.4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	31
2.5. LINHA DE CUIDADO (LC).....	35
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>38</b>
3.1. Tipo de Estudo.....	38
3.2. Local.....	38
3.3. Sujeitos.....	40
3.4. Coleta de Dados.....	45

3.5. Aspectos Éticos.....	46
3.6. Análise .....	46
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>53</b>
4.1. ARTIGO 1 - ACESSO AO EXAME DE PAPANICOLAU POR USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	54
4.2. ARTIGO 2 - LINHA DE CUIDADO DAS MULHERES COM ALTERAÇÕES NO EXAME PAPANICOLAU.....	70
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO A - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DAS MULHERES COM ALTERAÇÕES NO EXAME CITOPATOLÓGICO, CONFORME RECOMENDAÇÃO DO INCA.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO B- INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS.....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO C- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ÁREA DE SAÚDE – CEPAS/FURG.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO D - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DAS COORDENADORAS DO PROJETO.....</b>	<b>104</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem, como foco, o acesso aos serviços de prevenção e tratamento do câncer de colo do útero, também denominado câncer cervical, neoplasia de colo uterino ou neoplasia cervical. Tal temática é comum pelo fato de que o câncer de colo de útero e de mamas causa mais mortes mundialmente do que a mortalidade materna (FOROUZANFAR et al, 2011). No mundo, o câncer de colo do útero é o terceiro câncer mais comum entre as mulheres e o sétimo no geral. Mais de 85% desse tipo de câncer ocorre em países em desenvolvimento, correspondendo, nesses países, a 13% de todos os cânceres femininos (WHO, 2008).

Entre 1980 a 2010, o número de casos de câncer cervical no mundo aumentou 0,6% ao ano e o número de mortes aumentou 0,46% ao ano, impulsionado pelo aumento e pelo envelhecimento da população, respectivamente (FOROUZANFAR et al, 2011).

No Brasil, o câncer de colo do útero é o segundo tumor mais frequente entre as mulheres, perdendo apenas para o câncer de mama e o terceiro mais frequente em todos os sexos, estando atrás do câncer de próstata e mama respectivamente. O câncer de colo do útero, no Brasil, tem uma taxa anual de incidência de 24,5% a cada 1000 habitantes e causa 10,9% de mortes anuais a cada 1000 habitantes (WHO, 2008).

Em 2009, a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero foi de 5,2% no Brasil, sendo que no Estado do Rio Grande do Sul, teve uma taxa de mortalidade de 5,3% (BRASIL, 2009a).

Para o ano de 2012, são estimados 17.520 casos novos de câncer de colo do útero no Brasil, com previsão de 17 casos a cada 100 mil habitantes. No Rio Grande do Sul, a estimativa para o ano de 2012 é de 850 casos novos de câncer de colo do útero, sendo que só na capital, Porto Alegre, a estimativa é de 150 (BRASIL, 2011a).

A mortalidade pelo câncer de colo de útero no mundo está diretamente relacionada ao acesso aos serviços de saúde de um determinado país e as tecnologias que estão disponíveis para triagem e tratamento do mesmo. Essa é uma das justificativas do aumento do número de casos ser mais expressivo nos países em desenvolvimento (FOROUZANFAR et al, 2011)

A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990). Como forma de efetivar esse princípio do SUS, é necessário que exista uma rede hierarquizada de serviços, sendo que os sistemas de referência e contrarreferência são considerados como um dos mecanismos na tentativa de viabilizá-lo (JESUS, ASSIS, 2010).

Ao acessar os serviços, o indivíduo tem, como direito, a resolução de seus problemas e necessidades de saúde. Corroboramos com Albuquerque et al (2011), quando diz que:

O fluxo bem definido, a capacidade instalada de serviços de acordo com a demanda, o acolhimento e a acessibilidade são fatores essenciais para que o processo de atendimento possibilite ao indivíduo e à coletividade não só a sua entrada no sistema mas também, a finalização de cada uma das ações necessárias para a solução do problema de saúde envolvido (ALBUQUERQUE et al, 2011, p. 245).

Pode-se perceber, por meio dos estudos científicos envolvendo a temática, que o acesso aos serviços mostra-se, ainda, uma fragilidade do sistema público de saúde. Uma investigação realizada em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, no município de Cuiabá (Mato Grosso), revelou acessibilidade parcial dos usuários ao serviço, com assistência nem sempre resolutive, levando à procura por outras unidades, deixando de buscar a utilização dos serviços em sua unidade de referência (CORRÊA et al, 2011).

Um estudo no qual foi investigada a trajetória terapêutica de treze mulheres portadoras de câncer, em um município do noroeste do Rio Grande do Sul, revelou que o acesso aos serviços de saúde do município em questão apresentou-se para os usuários como sendo um problema, pois há dificuldades na resolução dos casos, no atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos encaminhamentos para outros municípios (ROTOLI, 2007).

Muitas vezes, o acesso aos serviços de saúde ocorre devido a um dano ou a uma necessidade que o usuário apresente e que, em sua avaliação, precisa ser resolvida em um serviço de saúde. Uma pesquisa realizada em população rural, no município de Jequitinhonha, Minas Gerais, comprovou que a maioria dos indivíduos só procura o serviço de saúde quando percebe problemas com sua própria saúde. A procura pelo serviço de saúde pode estar relacionada tanto a fatores culturais, quanto às dificuldades de acesso aos serviços (VIEIRA, 2010).

Para que ocorra a acessibilidade nos serviços de saúde, é necessária uma combinação de diferentes fatores, classificados como acessibilidade geográfica (distância entre a população e os recursos), organizacional (tempo de espera para conseguir o atendimento), sócio-cultural (fenômenos que determinam a busca pela assistência, relação dos usuários com a equipe de saúde) e econômica (gastos com tempo, energia e recursos financeiros) (FEKETE, 1997).

Como enfermeira atuante na rede básica de saúde do município do Rio Grande/RS, percebo que muitas mulheres não costumam procurar o serviço de coleta de material para

exame Papanicolau. Por isso, o trabalho desenvolvido na Coordenação de Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde, tem se focado na ampliação da divulgação sobre a doença e suas formas de prevenção, ou seja, constantemente, busca-se informar a população por meio da educação em saúde.

Tal estratégia deve ser realizada por se entender que, para o usuário do SUS lograr alcançar o acesso aos serviços de saúde, deve existir uma ampla divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a maneira como ele possa ser utilizado (BRASIL, 1990).

Com isso, percebe-se que a divulgação de informação para o acesso aos serviços de saúde é tão importante quanto a implementação dos mesmos, pois os usuários precisam conhecer e identificar os serviços que estão disponíveis.

Ao falar sobre a questão de acesso aos serviços de saúde, não se pode deixar de salientar a importância da enfermagem, já que é esta categoria de trabalhadores que, geralmente, faz o primeiro contato com os usuários. Além disto, a enfermagem tem, como uma de suas funções, a educação em saúde, podendo assim orientar os usuários acerca de como e quando acessar os serviços de saúde.

Neste sentido, compreende-se que a enfermagem é a área profissional disponível e mais habilitada para prestar apoio e orientações à usuária e sua família no processo de doença, tratamento e reabilitação, que irá afetar de forma significativa a qualidade de vida futura (BRASIL, 2008).

Ao acessar os serviços de saúde, os indivíduos poderão percorrer linhas de cuidado diferentes para o tratamento de sua enfermidade. Este processo de escolha depende do contexto em que o indivíduo está inserido, incluindo as possibilidades disponíveis ou não para o seu tratamento (GERHARDT, 2006).

Mas, para que o usuário consiga acesso aos serviços de saúde, recebendo a atenção que melhor se adequa às suas necessidades, é necessário diminuir a fragmentação do cuidado e da atenção à saúde. Em vista disso, a Organização Pan-Americana da Saúde considera as redes de atenção à saúde o princípio fundamental para acabar com a fragmentação e para enfrentar as necessidades da população (OPAS, 2011).

Para orientar essa questão no Brasil, o Ministério da Saúde publicou, em dezembro de 2010, a Portaria 4.279, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde (RAS) no SUS. Tal portaria leva em consideração todas as legislações vigentes na área da saúde, como a Lei 8.080-90 e o Pacto pela Saúde, de 2006 (BRASIL, 2010a).

A RAS é considerada uma estratégia que, com o objetivo de superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde, tem potencial para aperfeiçoar o funcionamento do SUS, qualificando a gestão do cuidado. Com isso, tem o intuito de fornecer ao usuário um conjunto de ações e serviços efetivos e eficazes (BRASIL, 2010a).

A RAS exige a consolidação de um sistema integrado, que garanta o acesso aos serviços de saúde em qualquer ponto do sistema, favorecendo a integralidade da atenção (OPAS, 2011).

A portaria da RAS faz alusão às diretrizes clínicas que são as recomendações que orientam as decisões assistenciais. Essas diretrizes são os protocolos e guias assistenciais e formam uma linha de cuidado (LC) na qual há uma condução oportuna, ágil e singular de cada caso, visando coordenar o contínuo assistencial. A LC deve ser iniciada na Atenção Primária à Saúde (APS) que é responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento da rede de atendimento (BRASIL, 2010a).

Justamente nesse ponto inicial do acesso ao sistema de saúde, o estudo de Simino (2009) relata a ocorrência de problemáticas, como a ausência de um sistema de informação na atenção básica que possibilite a sistematização dos agravos existentes na área de abrangência. A autora afirma que há uma desarticulação da rede de atenção, o que compromete a longitudinalidade e a coordenação da atenção por dificultar a ação conjunta dos diferentes níveis de atenção.

Poucos estudos têm se detido na temática de LC, entre eles, destaca-se o de Marinho et al (2011), que mostra as percepções e experiências dos trabalhadores no município de Salvador (BA) sobre a implementação da LC, Malta e Merhy (2010) que fizeram uma revisão acerca das teorias sobre LC e Simino, Santos e Mishima (2010) que descrevem o acompanhamento do tratamento dos usuários.

Em vista de existir uma lacuna na produção científica a respeito dessa temática, justifica-se o presente estudo. Na questão do câncer de colo do útero, o ponto acionador da LC é sua prevenção, na rede de APS e a continuidade da atenção por meio dos sistemas secundário e terciário.

Percebendo a importância de efetivar o acesso universal em saúde, em especial para as mulheres que possuem alterações no exame Papanicolau e que necessitam um tratamento adequado para manter sua saúde, o presente estudo busca responder à seguinte questão: Como ocorre o acesso à rede de atenção à saúde das mulheres que apresentam alterações significativas no exame Papanicolau no município de Rio Grande/RS?



Neste trabalho, são consideradas alterações significativas, no exame Papanicolau, os seguintes resultados: células atípicas de significado indeterminado; células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau; células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas; células glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau; lesão intraepitelial de baixo grau; lesão intraepitelial de alto grau; lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor e adenocarcinoma *in situ* e invasor.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral:**

Analisar a linha de cuidado percorrida pelas mulheres que apresentam alterações significativas no exame Papanicolau no município do Rio Grande/RS.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar como se processou o acesso das usuárias do serviço público de saúde ao exame Papanicolau.
- Comparar a linha de cuidado percorrida pelas mulheres com as diretrizes do INCA.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. CÂNCER DE COLO UTERINO

O câncer do colo do útero é “caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância” (BRASIL, 2011b, p.01).

Existem dois tipos de carcinomas do colo do útero. São eles: o carcinoma epidermóide, que acomete o epitélio escamoso, representando cerca de 80% dos casos; e o adenocarcinoma, que acomete o epitélio glandular (BRASIL, 2010b).

A neoplasia do colo uterino é uma doença que se desenvolve de forma insidiosa, sendo assintomática na fase inicial, o que acarreta demora por parte das mulheres em procurar ajuda. Os sintomas que podem estar presentes são: secreção vaginal espessa, aquosa e levemente sanguinolenta (rosada); secreção vaginal amarelada, com raias de sangue, fétida e até sanguinolenta; ciclos menstruais irregulares; *spotting* intermenstrual; sangramento pós-coito; e dor em baixo ventre (RIVOIRE et al, 2006 a).

O carcinoma de colo de útero:

evolui a partir de um epitélio normal, passando por várias etapas de lesões restritas ao epitélio, antes que se torne um carcinoma invasor. Tais etapas recebem, atualmente, a denominação de neoplasias intra-epiteliais cervicais e são consideradas antecessores morfológicos do câncer do colo do útero (CONCEIÇÃO, SILVEIRA, BANDEIRA, 2005, p.181).

Essa patologia costuma manifestar-se dos 20 aos 29 anos de idade, e seu risco vai aumentando ao longo dos anos, chegando ao seu ápice entre os 50 e 60 anos (BRASIL, 2011a).

Os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo do útero são: menarca precoce, número elevado de parceiros sexuais, multiparidade, infecções por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), tabagismo, alterações hormonais e imunológicas (CONCEIÇÃO, SILVEIRA, BANDEIRA, 2005).

Há uma associação direta do câncer de colo do útero com a infecção pelo HPV, a qual tem grande potencial carcinogênico. O HPV é um vírus de grande incidência. Estima-se que 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-lo ao longo da vida e, na maioria dos casos,

é eliminado espontaneamente pelo organismo. O vírus é transmitido sexualmente através de lesões microscópicas na mucosa ou pele da região anogenital. Sua prevenção está relacionada à diminuição do risco de contágio, portanto, o uso de preservativo protege parcialmente, já que evita o contato com a pele lesada (CONCEIÇÃO, SILVEIRA, BANDEIRA, 2005; BRASIL, 2006a; RIVOIRE et al, 2006a BRASIL, 2011 b).

Existem vários tipos de HPV, sendo treze tipos conhecidos como oncogênicos. Os mais comuns são os HPV16 e o HPV18, estando associados a 70% dos cânceres de colo do útero (BRASIL, 2006a, RIVOIRE et al, 2006a, BRASIL 2011 b).

Segundo os estudiosos da temática, o HPV é uma condição necessária para o desenvolvimento do câncer, mas existem outros aspectos que se encontram associados, como: a imunidade, a genética, o comportamento sexual, a idade (em mulheres com menos de 30 anos a infecção pelo HPV tende a regredir espontaneamente) e o tabagismo (CONCEIÇÃO, SILVEIRA, BANDEIRA; 2005; BRASIL, 2011 b; BRASIL, 2011 c).

A taxa de incidência do câncer de colodo útero é de 52%, tendo sido responsável por 275 000 mortes em 2008, com cerca de 88% das mortes nos países em desenvolvimento (WHO, 2008). No Brasil, representa 15,5% das neoplasias malignas em mulheres (BRASIL, 2009a).

A incidência e mortalidade, segundo sua ocorrência nos países, podem ser observadas na tabela e na figura a seguir:

Estimated numbers (thousands)	Cases	Deaths	5-year prev.
World	530	275	1555
More developed regions	76	32	266
Less developed regions	453	242	1288
WHO Africa region (AFRO)	75	50	194
WHO Americas region (PAHO)	80	36	270
WHO East Mediterranean region (EMRO)	18	11	52
WHO Europe region (EURO)	61	28	206
WHO South-East Asia region (SEARO)	188	102	498
WHO Western Pacific region (WPRO)	105	46	332
IARC membership (22 countries)	193	96	546
United States of America	11	3	40

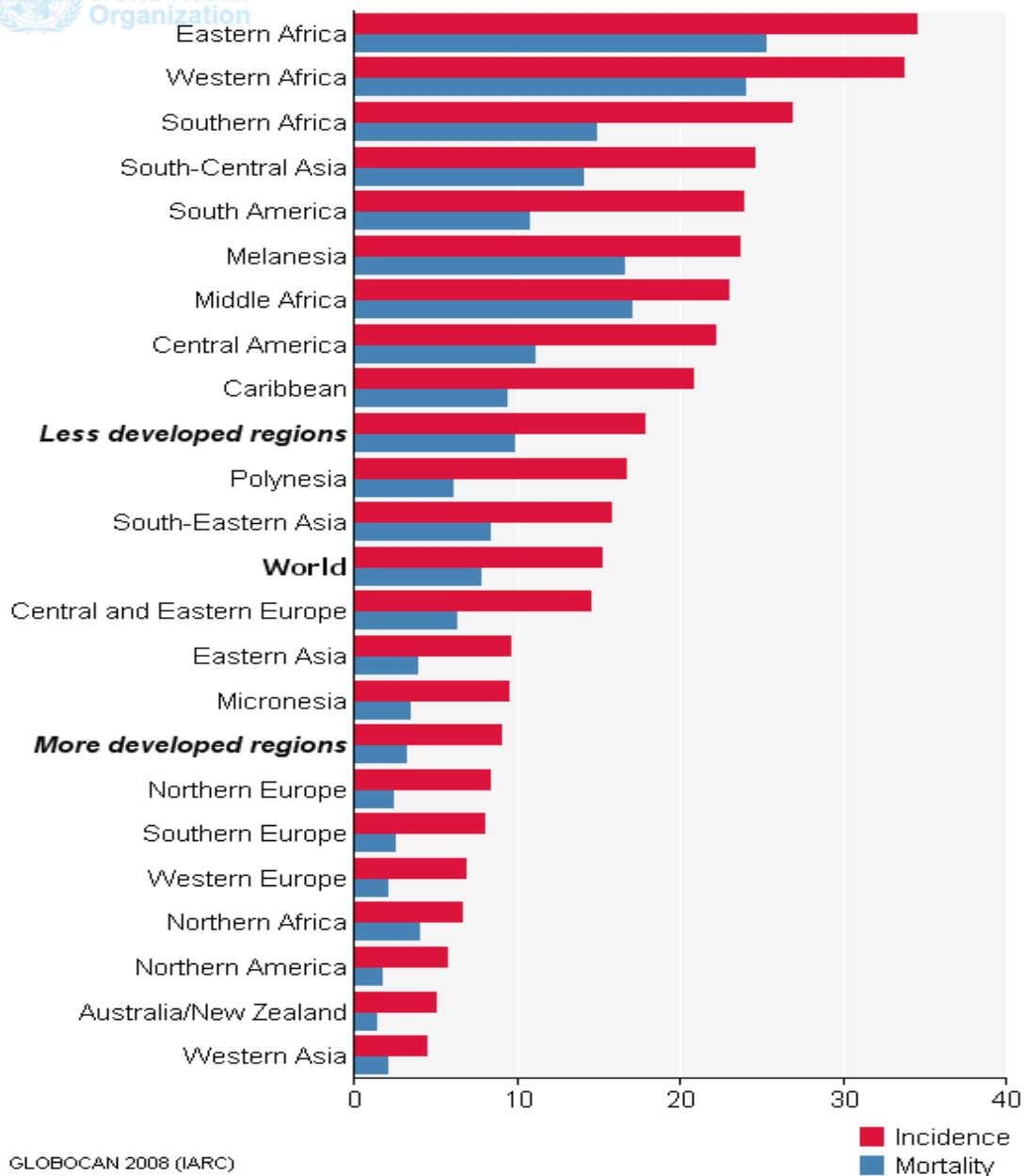
China	75	33	232
Índia	134	72	338
European Union (EU-27)	31	13	106

Fonte: GLOBOCAN, 2008. (WHO, 2008)

International Agency for Research on Cancer



World Health Organization



Estimated age-standardised rates (World) per 100,000

Fonte: GLOBOCAN, 2008. (WHO, 2008)

Um estudo aprofundado desenvolvido recentemente, por Forouzanfar et al (2011), mostra o aumento crescente no número de casos por câncer de colo do útero no mundo, grande parte do aumento de registros podendo estar relacionado ao crescimento populacional.

Os autores encontraram que o número de casos de câncer cervical no mundo vem tendo um crescimento anual de 0,6% no período de 1980 a 2010, afirmando que esse aumento ocorre de maneira mais significativa nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos (FOROUZANFAR et al, 2011).

O câncer de colo do útero é considerado um câncer “do subdesenvolvimento”, já que 85% dos casos ocorrem no chamado 3º mundo (RIVOIRE et al, 2006a; WHO, 2008). No Brasil, o câncer de colo do útero é mais frequente nas cidades das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2011a). Segundo o INCA, não considerando os tumores da pele não melanoma, o câncer do colo do útero ocupa a terceira posição na região Sudeste (15/100 mil), e a quarta na região Sul (14/100 mil) (BRASIL, 2011a, p.36).

Uma explicação da elevada incidência em países em desenvolvimento é a inexistência ou baixa eficácia dos programas de prevenção (BRASIL, 2011a). A incidência de mortalidade pelo câncer de colo de útero no mundo está diretamente relacionada ao acesso aos serviços de saúde de um determinado país e às tecnologias que estão disponíveis para triagem e tratamento do mesmo (FOROUZANFAR et al, 2011).

Apesar de sua alta incidência e mortalidade, os tumores de colo do útero apresenta-se como sendo um dos cânceres de melhor prognóstico. A razão incidência-mortalidade no Brasil é de 4,2% (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006 b; BRASIL 2011 a).

No município do Rio Grande, no Rio Grande do Sul, no ano de 2010, 767 mulheres faleceram, sendo que 15 foram por câncer de colo do útero, totalizando 1,95% dos óbitos. Já no ano de 2011, 780 mulheres morreram, dos quais 14 tiveram como causa do óbito o câncer de colo do útero, totalizando 1,79% (SISTEMA..., 2012).

Destaca-se que, no ano de 2010, dos 15 óbitos ocorridos por câncer de colo do útero, cinco (5) eram de mulheres em idade fértil (MIF), sendo que, no ano de 2011, foram quatro (4) MIF (SISTEMA..., 2012). Esses dados estatísticos evidenciam que mulheres jovens falecem de um câncer que tem fácil prevenção.

Apesar de sua elevada incidência, o câncer de colo de útero é uma doença de fácil detecção através do exame citopatológico, sendo esse exame considerado como a principal maneira de rastreamento dessa doença. O câncer de colo do útero é prevenido com medidas fáceis e de baixo custo (CONCEIÇÃO, SILVEIRA, BANDEIRA, 2005; BRASIL, 2009b). Porém, seu rastreamento tem sido considerado eficaz apenas em países desenvolvidos, nos

quais existe uma infraestrutura adequada para a prevenção e tratamento dos casos (OMS, 2011).

O exame citopatológico, também denominado de Papanicolau, deve ser realizado em mulheres sexualmente ativas, prioritariamente na faixa dos 25 aos 59 anos de idade, na qual há maior ocorrência de lesões de alto grau, que podem ser tratadas para não evoluírem para o câncer. O exame deve ser realizado anualmente, sendo o intervalo estendido para cada três anos se houver dois exames normais em um intervalo de um ano (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011b).

O Papanicolau consiste no estudo das células dos epitélios que recobrem a superfície do colo do útero e tem o papel de identificar as mulheres potencialmente portadoras de lesões pré-neoplásicas e invasoras. O exame citopatológico nunca é definitivo. As mulheres que possuem essas lesões devem complementar a investigação com colposcopia e biópsia (CONCEIÇÃO, SILVEIRA, BANDEIRA, 2005).

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), não basta apenas oferecer o exame citopatológico nas unidades básicas. É preciso incentivar as mulheres vulneráveis a realizá-lo, além de implementar sistemas de referência e contrarreferência para o encaminhamento dessas mulheres, quando necessário.

Devido a isso:

(...) a prevenção do câncer ginecológico, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requerem a implantação articulada de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina; investimento tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação (BRASIL, 2009b, p.48).

Para que as mulheres tenham acesso aos serviços de prevenção e seja efetuada a coleta de material para o exame citopatológico, é necessário que exista adequada divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços e a maneira como elas podem acessar os serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Melhorar a informação e reduzir as barreiras de acesso aos serviços de saúde é essencial para prevenir o câncer de colo do útero. Portanto, deve-se investir em ações que melhorem o nível de escolaridade e renda da população, assim como qualificar o atendimento no SUS (BRASIL, 2011b).

Para a prevenção do câncer de colo do útero é necessário realizar um rastreamento populacional. Existem dois tipos de rastreamento, denominados rastreamento oportunístico e rastreamento populacional. “O rastreamento pode ser populacional, quando há iniciativas de

busca da população-alvo, ou oportunístico, quando as pessoas procuram espontaneamente os serviços” (BRASIL, 2006b, p.85).

Outra forma de prevenção que vem sendo utilizada em alguns países é a vacina contra o HPV, a qual vem se mostrando promissora. As vacinas conferem imunidade a tipos específicos do vírus (HPV 6, 11, 16, 18) e estão indicadas para as mulheres de 9 a 26 anos de idade. A administração das vacinas ainda está distante de ser realizada em países de baixas e médias rendas, pois são consideradas de alto custo. Em nosso país, encontra-se em discussão a incorporação dessa vacina no calendário vacinal (BRASIL, 2011a).

Em países mais pobres, porém, como o Brasil, o melhor investimento permanece sendo o rastreamento precoce do câncer, além de investimento no acompanhamento das mulheres (BRASIL, 2011a). O sucesso do rastreamento depende, além da realização da coleta para o exame preventivo, o encaminhamento adequado e o acompanhamento das mulheres com lesão de alto grau (BRASIL, 2010b).

Para que as ações de rastreamento sejam efetivas, é necessário informar e mobilizar a população, alcançar a meta de cobertura de exames, garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento das alterações, assegurar que as ações sejam de qualidade e monitorar e gerenciar a continuidade das ações implementadas (BRASIL, 2011b).

A razão entre o número de exames citopatológicos realizados em mulheres de 25 a 59 anos e a população existente nessa faixa etária é um dos Indicadores de Saúde do Pacto de Atenção Básica de 2006. A razão mínima esperada para esse indicador é de 0,3 exame-mulher-ano, sendo que, no ano de 2005, a razão no país foi de apenas 0,17 (BRASIL, 2006b).

O último levantamento realizado pelo Ministério da Saúde sobre a realização do exame citopatológico mostrou que, no ano de 2011, a razão de exames do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária foi de 2,53, no município do Rio Grande. Tal razão foi menor do que os municípios de Porto Alegre, Pelotas e São José do Norte, todos com 4,74, 4,96 e 7,85, respectivamente. O município do Rio Grande teve a nota 5,02 no Indicador de Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). O IDSUS é um indicador síntese que contextualiza o desempenho do SUS quanto ao acesso e a efetividade. Ele cruza diferentes indicadores para avaliar o sistema de saúde (IDSUS, 2012).

Apesar do câncer de colo do útero ser de fácil prevenção, segundo os indicadores de cobertura do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), apenas 49,43% das mulheres que realizaram o exame citopatológico, no ano de 2008, no Rio Grande do Sul, referiram realizar o exame anualmente, sendo que 62%, nunca o tinham realizado (BRASIL, 2009a).

## 2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

A saúde da mulher é uma das prioridades do governo; por isso o Ministério da Saúde (MS) lançou, no ano de 2004, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. A mesma foi elaborada por diversos setores da sociedade e revisada no ano de 2009. Seus objetivos são: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009b).

A política traz, como uma de suas atuações, a prevenção do câncer de colo do útero. Enfatiza também as ações de acesso ao diagnóstico e tratamento dessa doença. Um dos objetivos específicos da política é a redução da morbimortalidade por câncer na população feminina, por meio da organização nos municípios polos de microrregiões de redes de referência e contrarreferência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino (BRASIL, 2009b).

Devido ao impacto que o câncer de colo de útero causa e pelo governo considerar sua prevenção uma prioridade, além de enfatizar sua prevenção na PNAISM, o INCA publicou, no ano de 2011, o Programa Nacional de Prevenção do Câncer de Colo do Útero. O objetivo desse programa é diminuir a incidência, a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com esse tipo de câncer. O programa tem seu foco na detecção precoce do câncer de colo do útero através do rastreamento de rotina através do exame citopatológico (BRASIL, 2011b).

Nessa mesma linha, o Ministério da Saúde publica o conjunto dos cadernos de atenção básica; no ano de 2006, edita o caderno sobre o controle dos cânceres do colo do útero e da mama, que engloba as ações na atenção básica para as mulheres de acolhimento e humanização, as atribuições de cada profissional da saúde (BRASIL, 2006 a).

O Caderno de Atenção sobre o câncer de colo do útero e mamas tem a finalidade de orientar tecnicamente os profissionais na atenção à saúde da mulher, com conhecimentos de



fácil acesso e atualizados, permitindo que se tome condutas adequadas em relação a essas doenças (BRASIL, 2006 a).

Para completar o conjunto de publicações e políticas sobre o câncer de colo do útero e para orientar a conduta dos profissionais que trabalham na assistência ginecológica, o MS, juntamente com o INCA, publicou um guia denominado “Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero” (BRASIL, 2011c). O presente estudo utilizará esse guia como referência para o seu desenvolvimento.

Esse guia serviu como parâmetro para a elaboração, no município do Rio Grande/RS, no ano de 2006, de um protocolo de atenção à saúde da mulher. O mesmo orienta os profissionais da saúde do município quanto às condutas que devem ser realizadas na atenção à saúde da mulher.

Pode-se observar que o câncer de colo do útero é uma doença bastante discutida pelos pesquisadores. Um estudo realizado na cidade paulista de Botucatu, com mulheres que estavam fazendo o exame citopatológico pela primeira vez, mostrou, como fatores de impedimento para a realização do exame, dificuldade no acesso aos serviços de saúde, ter um emprego e a necessidade de cuidado dos filhos (FERREIRA, 2009).

Outra pesquisa realizada em um município de Minas Gerais, por Ribeiro, Santos e Teixeira (2011), analisou o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres que buscaram tratamento para o câncer de colo de útero, revelando que as mulheres desconhecem a condição assintomática dessa patologia em seus estágios iniciais, assim como não possuem suficiente conhecimento sobre o exame preventivo, sua finalidade, periodicidade e população alvo.

Os autores referenciados destacam que a realização do exame pode estar mais relacionada à conveniência ou chance de realizá-lo durante campanhas, mutirões, ou incentivo de outras pessoas, que propriamente mediante um caráter espontâneo. Além disso, referiram que as mulheres sentiam medo de realizar o exame preventivo, pelo fato de acarretar dor e ser constrangedor pela exposição do corpo (RIBEIRO, SANTOS, TEIXEIRA, 2011).

A realização do exame citopatológico também está relacionada à presença de alterações ginecológicas. Uma investigação realizada com mulheres portadoras de câncer de colo uterino revelou que 50% das investigadas buscaram a coleta do exame citopatológico para tratarem algum episódio infeccioso ginecológico (SOARES et al, 2010).

Uma pesquisa realizada no município gaúcho de Santo Ângelo revelou que, entre as dificuldades encontradas pelas mulheres para a realização do citopatológico, está a desinformação sobre a realização do exame (CASARIN, PICCOLI, 2011).

A investigação realizada no município de Garanhuns (PE), no ano de 2011, sobre a organização e análise do cuidado em rede do município quanto ao câncer de colo de útero, mostrou que, quando as mulheres recebem o resultado do exame citopatológico alterado, elas já têm o dia da consulta agendada para o tratamento especializado. Esse tipo de ação facilita muito o acesso ao serviço, já que a mulher, ao receber o resultado, já sabe o que deve fazer. Porém, o estudo revelou que, no município, não está efetivado o sistema de referência e contrarreferência, dificultando com isso o acompanhamento das unidades básicas de saúde quanto ao tratamento realizado para essas mulheres (MAIA et al, 2011).

A pesquisa retrospectiva feita por Scheidt et al (2010) nos resultados de exames histopatológicos positivos para câncer de colo de útero invasor e “in situ”, na cidade de Joinville (Santa Catarina), revelou que, no segundo período investigado, de 1996 a 2006, houve um aumento das formas precursoras de câncer de colo do útero e uma diminuição das formas avançadas, quando comparado ao primeiro período investigado, de 1985 a 1995. Esse resultado tem relação com a implantação do serviço de referência de patologia do colo de útero, no município, que tem grande importância no tratamento das lesões precursoras.

O estudo de Greenwood, Machado e Sampaio (2006) buscou identificar os motivos que levam as mulheres a não retornarem ao serviço para receber o resultado do exame citopatológico. A pesquisa foi realizada no mês de março, sendo que 8,7% das mulheres que realizaram o exame nesse período não retornaram para buscar o resultado noventa dias após a data marcada para a entrega.

Dentre os motivos alegados para não buscarem o resultado do exame, as mulheres citaram a situação de trabalho, falta de transporte, viagens e mero esquecimento de voltar para pegar o resultado do exame, falta da interação profissional-paciente, greves no serviço, atraso na liberação do resultado do exame, falha de comunicação entre a clientela e o serviço, e dificuldade para conseguir um novo atendimento, quando a mulher não compareceu na data agendada (GREENWOOD, MACHADO E SAMPAIO, 2006).

Uma pesquisa realizada em Belo Horizonte, com mulheres com idade entre 18 e 59 anos sobre o acesso à consulta ginecológica, comprovou que o acesso aos serviços está relacionado às características socioeconômicas e demográficas das entrevistadas. A mesma investigação mostrou que as mulheres sentem desconforto diante da consulta, sendo que esse desconforto é maior entre aquelas com menor escolaridade. Ainda, percebeu-se que as mulheres de alta escolaridade geralmente procuram o serviço de ginecologia, quando iniciam a atividade sexual e o uso da contracepção; já as mulheres de baixa escolaridade só costumam procurar o atendimento na gravidez (TORRES, RIBEIRO, MACHADO, 2008).

A investigação realizada por Soares et al (2011), com mulheres portadoras de câncer de colo do útero, no município de Pelotas (RS), identificou que as mulheres consideram que o SUS ainda não consegue atendê-las adequadamente; também se consideraram sujeitos que devem lutar para que os seus direitos sejam preservados. Devido ao atendimento inadequado e demorado do SUS, algumas mulheres preferiram utilizar o serviço particular em alguns momentos do seu tratamento.

### 2.3. ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O rastreamento do câncer de colo do útero desenvolve-se em diferentes etapas: primeiramente por meio de um exame e, após, identificação dos casos positivos de lesão precursora, confirmação do diagnóstico e encaminhamento para o tratamento (BRASIL, 2011c).

Esse deve ser o caminho que toda a mulher com alteração deve seguir. O itinerário percorrido, isto é, a linha de cuidado efetivada, pode variar de mulher para mulher, mas os profissionais da saúde devem utilizar as diretrizes do INCA como referência no tratamento.

As lesões cervicais foram classificadas, em 1988, pelo grupo Bethesda, que denominou o sistema com o seu nome. As lesões, conforme o sistema Bethesda são divididas em: células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), lesão intraepitelial de baixo grau (LIEBG), lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG) e células epiteliais atípicas de significado indeterminado (AGCUS) (HUH, BRISTOW, TRIMBLE, 2006; RIVOIRE et al, 2006b). No ano de 2001, o termo ASCUS foi reclassificado em células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) e células escamosas atípicas, não se podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H) (PESSINI et al, 2008). O carcinoma *in situ* passou a fazer parte das LIEAG (RIVOIRE et al, 2006b).

A maioria das mulheres que apresentam LIEBG tem regressão espontânea da lesão sem nenhuma intervenção clínica em até nove meses após o diagnóstico. As LIEBG são alterações celulares do HPV. O termo atipia é utilizado para as alterações que não são consideradas como LIE ou alterações reativas. O resultado de ASCUS é esperado em 5% das citologias de rotina (HUH, BRISTOW, TRIMBLE, 2006, RIVOIRE et al, 2006b).

A classificação ASGUS inclui as lesões suspeitas que não podem ser classificadas como reativas ou neoplásicas. Essa alteração é encontrada em 0,5 a 2,5% dos exames citopatológicos (HUH, BRISTOW, TRIMBLE, 2006). Essas lesões podem variar de

processos benignos exuberantes até adenocarcinoma endocervical *in situ*. Apenas 10% das LIEAG tendem a evoluir para câncer (RIVOIRE et al, 2006b).

Porém, o número de casos de adenocarcinoma em mulheres jovens nos últimos anos vem aumentando. O adenocarcinoma *in situ* é considerado precursor do adenocarcinoma invasivo (BIDUS, ELKAS, 2008).

O estudo realizado em Maceió (Alagoas), com 253 prontuários de mulheres com diagnóstico de atipias de significado indeterminado, no ano de 2007, revelou que 23,7% das mulheres possuíam lesões intraepiteliais, sendo que, 26,7% tinham lesão de baixo grau e 73,3% lesões de alto grau (COSTA, BARROS, 2011).

Outra pesquisa realizada por Freitas et al (2006), em Campinas (São Paulo), comprovou que a prevalência de lesão de baixo grau é maior nas mulheres mais jovens, assim como o carcinoma invasivo e o adenocarcinoma são mais frequentes em mulheres de idade aumentada. Isso sugeriu que existe uma evolução da lesão até tornar-se um câncer invasivo.

A seguir, estão apresentadas as condutas que devem ser seguidas frente às alterações no exame citopatológico, extraídas do guia de Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, que é a referência do presente estudo (BRASIL, 2011c).

#### Resultados dos Exames:

##### 2.3.1.Células atípicas de significado indeterminado (ASC-US)

Após a obtenção desse resultado, a mulher com 30 anos ou mais deverá refazer o exame citopatológico a cada 6 meses. Se a mulher estiver em um período pós-menopausa, deverá fazer um preparo com estrogênio para melhorar o trofismo genital. Mulheres com menos de 30 anos devem repetir o exame em 1 ano.

Mulheres com dois exames normais após esse resultado devem retornar à rotina de rastreamento trienal. Mas, se o resultado do exame se repetir, a mulher deverá ser encaminhada para colposcopia. Quando a colposcopia não diagnosticar alterações, a mulher retorna ao rastreamento anual; se apresentar alterações, deve-se fazer biópsia. Em biópsias apresentando apenas lesões de baixo grau, deve-se considerar outros fatores de risco e acompanhá-la. Se a biópsia apresentar lesões de alto grau, proceder tratamento específico para cada caso.

### 2.3.2. Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H)

Todas as mulheres que tiverem esse resultado em seu exame devem ser encaminhadas para colposcopia. Mulher na qual a colposcopia não possuir alterações deve repetir o CP em 6 meses; após dois CP normais, a mulher retorna ao rastreamento trienal. Quando o CP mantiver o mesmo diagnóstico, é recomendada a Exérese da Zona de Transformação (EZT)<sup>1</sup>

Se a colposcopia apresentar alterações, deve-se encaminhá-la para biópsia. No caso de se confirmar na biópsia NIC II-III ou câncer, deve-se seguir a recomendações para esses diagnósticos. Quando a biópsia for negativa ou compatível com NIC I, fazer novo CP em 6 meses e, após dois CP normais, retornar ao rastreamento.

### 2.3.3. Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas e células glandulares atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau

Todas as mulheres com esse diagnóstico devem ser encaminhadas para colposcopia. É recomendada também a avaliação endometrial, com ultrassonografia ou anatomopatológico nas mulheres com mais de 35 anos, ou ambos. Se na colposcopia forem encontradas alterações, independente de quais sejam, deve-se realizar biópsia. Dependendo do resultado da biópsia, proceder ao tratamento específico para cada caso. Nos casos em que houver uma nova citologia com o mesmo resultado, é recomendado realizar a conização do colo.

### 2.3.4. Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)

Mulheres que obtiveram esse resultado no CP devem repeti-lo em 6 meses; na presença de processos infecciosos ou atrofia genital, realizar primeiramente o tratamento e só após repetir o exame. Se o CP for negativo em dois exames consecutivos, a paciente retorna ao rastreamento trienal. Mas, se alguma citologia for positiva, deve-se realizar colposcopia.

Caso a colposcopia apresentar alguma alteração, proceder com biópsia. No caso de alterações menores na biópsia, avaliar fatores de risco. Caso a mulher mantenha o diagnóstico de lesão de baixo grau, ela deverá ser acompanhada com CP até que o exame retorne à

---

<sup>1</sup> Técnicas de cauterização da zona de transformação do colo uterino.

normalidade. Quando aparecerem resultados significativos no CP, a conduta deve ser realizada, dependendo de cada caso.

#### 2.3.5. Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL)

Ao possuir esse diagnóstico, as mulheres devem ser encaminhadas para a unidade de referência, a fim de realizarem colposcopia, em até 3 meses após o resultado. Se a colposcopia comprovar lesão de alto grau que não se estende mais que 1 centímetro do canal, a conduta é a EZT; mas primeiramente devem ser tratados todos os processos inflamatórios, se existirem.

Nos casos em que a alteração colposcópica se estende para a periferia do colo ou da vagina, considerar neoplasia intraepitelial grau I concomitante. Nesses casos, encaminhar para o hospital para tratamento. Se a colposcopia indicar lesão de baixo grau, deve-se realizar biópsia.

#### 2.3.6. Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor

Todas as mulheres com esse diagnóstico devem realizar colposcopia. Se a colposcopia não mostrar lesão, é recomendada a EZT (na colposcopia satisfatória) ou conização<sup>2</sup> (na colposcopia insatisfatória). No caso de apresentarem alterações sugestivas de invasão, realizar biópsia.

Quando a biópsia comprovar a lesão pré-invasiva, sugerir carcinoma microinvasor. Após esse diagnóstico, a mulher deverá ser acompanhada a cada quatro ou seis meses nos dois primeiros anos e anualmente nos próximos três a cinco anos na unidade secundária. Se houver suspeita de recidiva, fazer biópsia.

#### 2.3.7. Adenocarcinoma *in situ* e invasor

Mulheres com esse diagnóstico devem realizar colposcopia. Devem fazer conização, exceto as mulheres com alterações sugestivas de invasão, que devem fazer biópsia. Se essa suspeita de invasão for confirmada, encaminhar para atenção terciária.

---

<sup>2</sup> Esse procedimento consiste na retirada de um tronco de cone de colo uterino (RIVOIRE et al, 2006b).

Mesmo que a biópsia seja negativa, manter indicação de conização. No diagnóstico de câncer, a mulher deve ser encaminhada para a atenção terciária.

O fluxograma de atendimento recomendado pelo INCA para as usuárias com alterações no exame citopatológico encontra-se em anexo (**Anexo A**).

#### 2.4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A Organização Pan-Americana da Saúde considera as redes de atenção à saúde o princípio fundamental para acabar com a fragmentação do cuidado e para enfrentar as necessidades da população (OPAS, 2011).

Nessa mesma linha, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 4.279, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde (RAS) no SUS. Essa Portaria leva em consideração as dificuldades ocasionadas pela intensa fragmentação dos serviços de saúde (BRASIL, 2010a).

A fragmentação do cuidado manifesta-se de várias maneiras, entre as quais a falta de coordenação dos serviços, a multiplicidade de estruturas e ações assistenciais, atenção à saúde em local inapropriado, falta de acesso aos serviços, dificuldade na continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados. Além disso, a fragmentação acarreta uma prestação de serviços de baixa qualidade técnica e o uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis (OPAS, 2010).

O sistema atual é insuficiente para garantir a saúde dos usuários do SUS, já que o Brasil está em uma acelerada transição demográfica e, além disso, tem uma situação de tripla carga de doenças, ou seja, doenças infecciosas, causas externas de adoecimento e doenças crônicas (MENDES, 2011).

A RAS tem o intuito de dar resolutividade a essa situação, pretendendo mudar o modelo de saúde vigente, que está centrado nas ações curativas, no ato médico e nos serviços de saúde organizados a partir da oferta. Percebe-se que o sistema atual não está funcionando de maneira adequada, pois são observadas lacunas assistenciais, dificuldades na oferta dos serviços, precarização no número de profissionais, entre outros. Torna-se necessário ampliar o foco de atenção para o manejo de doenças crônicas, sem deixar de atender as condições agudas (BRASIL, 2010a).

Os sistemas de saúde são respostas sociais que respondem às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Assim, esse sistema deve levar em consideração as necessidades da população para ofertar seus serviços (MENDES, 2011).

Sendo assim, o MS busca melhorar as ações em saúde através da RAS que tem como eixo estruturante a Atenção Primária à Saúde (APS) e é considerada uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde que possibilita a criação de vínculos de cooperação e solidariedade (BRASIL, 2010a). A APS deve ser muito bem estruturada para a implementação de uma RAS efetiva, eficiente e de qualidade (OPAS, 2011).

A RAS pode ser definida como:

una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (OPAS, 2010, p. 09).

Em outras palavras, a RAS é entendida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a, p. 04).

As redes não são apenas arranjos entre diferentes setores-atores, mas, sim, um sistema que pretende, de forma institucional, estabelecer e aprofundar padrões de inter-relações estáveis (MENDES, 2011).

A RAS tem o objetivo de superar a fragmentação por meio de uma integração sistêmica das ações e serviços de saúde, promovendo a atenção continuada, integral, humanizada, de qualidade e responsável. Através disso, a RAS melhora o sistema de acesso aos serviços de saúde e, juntamente, equaliza e aumenta a eficácia clínica e sanitária e a eficiência econômica (BRASIL, 2010a).

Portanto, a RAS propõe mudanças radicais na assistência à saúde, apontando para a necessidade de se instituir novos modelos de atenção voltados para o cuidado das condições crônicas e agudas (MENDES, 2011).

Para que a RAS seja efetiva, é primordial que os pontos de atenção à saúde tenham relações horizontais, sendo a APS o primeiro nível de assistência e um centro de comunicação (BRASIL, 2010a). A APS coordena, entre todos os pontos e sistemas de atenção à saúde, os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações (OPAS, 2011).



Esses pontos de atenção podem ser considerados como qualquer espaço onde se ofertam os serviços de saúde, sendo todos os pontos de atenção igualmente importantes (BRASIL, 2010a).

A RAS é dividida em três níveis: os cuidados primários de saúde, a atenção especializada e os cuidados de urgência e emergência. Essa rede de atenção tem seu foco na regionalização da saúde, ou seja, na formação de regiões de saúde. A clínica ampliada é um dos fatores constitutivos da RAS. Ela valoriza a escuta e o comprometimento com o cuidado integral em saúde (BRASIL, 2010a).

Essa regionalização pressupõe a definição da região de saúde, onde é necessária uma delimitação geográfica e populacional, além de estabelecer as ações e serviços que serão ofertados nessas regiões (BRASIL, 2010a).

A RAS constitui-se de três elementos que são a população (conhecimento da mesma), a estrutura operacional (as ligações entre a rede de cuidados) e o modelo de atenção à saúde (OPAS, 2011).

Para que se conheça a população é necessário um processo complexo, que inclui:

(...) o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociossanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2011, p.85).

A estrutura operacional é dividida em cinco partes: o centro para comunicação; os pontos de atenção à saúde secundária e terciária; os sistemas de apoio (apoio diagnóstico, terapêutico, farmacêutico e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança (MENDES, 2011).

O modelo de atenção, por sua vez, é um sistema que organiza o funcionamento da RAS. Ele articula as relações entre a população e suas subpopulações, determinando o foco das ações de intervenção através da situação de saúde da população (MENDES, 2011).

A RAS possui quatro fundamentos denominados economia de escala, qualidade, suficiência e acesso. A economia de escala é a concentração de determinados serviços em um local, no qual se diminuem custos e se melhoram os resultados. A qualidade dos serviços de saúde é fator primordial da RAS. A suficiência determina que os serviços devem estar

disponíveis quanti-qualitativamente para atender às necessidades da população. O acesso refere-se ao fato de não ter barreiras para o acesso aos serviços de saúde. Esse acesso pode ser analisado através da comodidade (tempo de espera pelo atendimento), disponibilidade (atenção necessária) e aceitabilidade do serviço pelo usuário (satisfação) (BRASIL, 2010a).

Essa proposta de rede de atenção não pressupõe apenas a implantação de recursos novos, que também são necessários. Ela pressupõe uma mudança na forma como o SUS está organizado, ou seja, deve-se reordenar o modelo de atenção e passar de um sistema fragmentado para um sistema integrado. Portanto, aumentar os recursos financeiros nem sempre geram valores para a população (OPAS, 2011).

A RAS exige a consolidação de um sistema integrado, que garanta o acesso aos serviços de saúde em qualquer ponto do sistema, isso favorece a integralidade da atenção (OPAS, 2011).

Outro fator essencial na RAS é a lista de espera que é uma tecnologia que normatiza o uso dos serviços de saúde de acordo com as necessidades populacionais. A lista de espera tem o intuito de “racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda” (BRASIL, 2010a, p.10).

A RAS tem sete atributos e três funções. Os atributos são o primeiro contato, a longitudinalidade (lidar com o crescimento e mudanças dos indivíduos), a integralidade, a coordenação (da continuidade do cuidado), a centralidade na família, a abordagem familiar e a orientação comunitária (BRASIL, 2010a). Já as funções essenciais da RAS são a resolução, a organização e a responsabilização (BRASIL, 2010a; OPAS, 2011).

Com isso, a RAS adota um modelo de acolhimento e atenção à demanda não programada, por meio de um processo de escuta inicial e classificação de problemas. Assim, pretende-se extinguir as filas e distribuições de senhas que se constituem em barreiras no acesso aos serviços (OPAS, 2011).

A RAS propõe uma mudança na atenção à saúde que deve ser vista em oito dimensões, as quais foram sintetizadas a partir do texto de Mendes (2011):

- mudança da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família;
- mudança da atenção não programada para a atenção programada;
- mudança da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional;
- mudança da atenção médica especializada para a atenção médica generalista;
- mudança da atenção presencial para realização em conjunto da atenção não presencial;

- mudança da atenção individual para a atenção em grupo;
- realização em conjunto da atenção profissional e atenção por leigos;
- atenção profissional juntamente com autocuidado apoiado.

A RAS denomina de apoiadores a família, os cuidadores e amigos, e também faz alusão à rede de apoio que são os recursos comunitários como a igreja, a escola, o clube, a associação de portadores de condições crônicas, a biblioteca, as redes de suporte social na Internet, entre outros (MENDES, 2011).

O presente estudo não irá analisar a rede de apoio comunitária e familiar, centrando-se apenas na linha de atenção profissional, uma vez que o seu objeto é o acesso ao sistema de saúde.

Ao falar em RAS, é importante deixar claro que sua efetivação envolve uma mudança no modelo assistencial vigente, organização de um sistema de governança único, incentivo da participação social, gestão integrada e sistema de informação adequado e integrado (OPAS, 2010a).

## 2.5. LINHA DE CUIDADO (LC)

A LC é a integração do sistema de saúde com seus diversos níveis de atenção para garantia de fluxos assistenciais integrados; busca atender as necessidades dos usuários através do monitoramento dos envolvidos (SANTOS, 2012).

Para a efetivação da LC é necessária a garantia de recursos que são as tecnologias a serem utilizadas pelo usuário durante o processo de assistência (MALTA, MERHY, 2010). Na LC, “o usuário tem acesso aos serviços de saúde de maneira sistêmica, conectando pontos (serviços especializados) dentro das redes, capazes de garantir, de modo racional e humano, a sua saúde” (SANTOS, 2012, p.22).

A LC orienta as relações, fluxos e pactos entre as unidades e os diferentes serviços da rede, definindo prioridades no acesso, critérios do percurso assistencial, garantindo as condições para a atenção integral à saúde através de toda a rede de atenção (PINTO, 2009).

Para a implementação da LC, muitas variáveis devem ser garantidas. Então, existem grandes chances da sua ruptura ou fragmentação. Cada serviço é um componente fundamental e serve como uma estação no caminho que cada indivíduo percorre para a sua assistência (MALTA, MERHY, 2010).

Com isso, a LC permite

mapear os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, avaliar as tecnologias utilizadas para assistir o beneficiário, quanto ao tipo, fluxos, mecanismos de regulação, tentativas de negação de acesso, ações de vigilância à saúde, promoção, utilização dos recursos das clínicas especializadas (MALTA, MERHY, 2010, p.601).

Espera-se que o caminho percorrido pelos usuários seja seguro e sem obstáculos, garantindo assim a qualidade da assistência. A LC não se encerra no momento em que é definido o projeto terapêutico. Ela deve continuar acompanhando o usuário, garantindo a integralidade do cuidado (MALTA, MERHY, 2010).

O ponto de partida preferencial da LC deve ser a APS que é responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento da rede de atendimento (BRASIL, 2010a). A APS deve ser gestora do processo terapêutico e precisa valorizar o vínculo usuário-profissional de saúde e especificar o trânsito do usuário (SANTOS, 2012). Mas, qualquer ponto do sistema que opere com a assistência pode iniciar a LC (MALTA, MERHY, 2010).

A LC é considerada como o fluxo ideal que o usuário irá percorrer para sanar sua necessidade e construir sua autonomia (SANTOS, 2012). Assim, a LC não tem a intenção de reduzir os sujeitos às suas doenças, para projetar programas e definir uma série de procedimentos. Por isso, a LC é uma ferramenta que busca garantir o cuidado integral do usuário, de modo coordenado e responsável, de acordo com suas necessidades ao longo de todo o percurso assistencial (PINTO, 2009). A LC trabalha com a perspectiva de criar um projeto terapêutico individualizado, ou seja, adequado a cada usuário na sua singularidade (MALTA, MERHY, 2010).

Outra definição encontrada na portaria da RAS é a gestão de caso, que é um processo desenvolvido entre o profissional e o usuário de saúde. Nessa gestão tem-se o objetivo de planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades de cada usuário (BRASIL, 2010a).

O gestor de caso tem a responsabilidade de acompanhar o trajeto da doença e analisar as necessidades da atenção e a propriedade dos serviços ofertados e recebidos. Esse acompanhamento, sempre que possível, deve ser realizado pela APS (SANTOS, 2012, p.22).

A gestão de caso destina-se a 5% da população adscrita, estando voltada para os casos mais graves e que, mesmo assim, podem ser monitorados pela APS. A LC repensa e reestrutura a assistência à saúde, reduzindo procuras desnecessárias a níveis mais complexos de atenção. Com isso, a LC dinamiza a saúde, tornando-a ao mesmo tempo racional,

equitativa e resolutiva, indo além de um fluxo que direciona os usuários no sistema (SANTOS, CUBAS; 2012).

Alguns estudos podem denominar o caminho percorrido pelo usuário do sistema de saúde como itinerário terapêutico. Os estudos sobre itinerário terapêutico:

Têm como importantes objetivos, entre outros, conhecerem os dispositivos de cuidados acionados pelo paciente e pela família no enfrentamento da doença e sugerir o olhar ampliado por parte dos profissionais de saúde sobre o universo cultural dos usuários, de forma a adequar práticas e a atingir resultados terapêuticos mais efetivos (CABRAL et al, 2011, p.4439).

Além disso, as investigações sobre itinerário terapêutico podem avaliar a efetividade dos serviços de saúde, tendo como objetivo identificar e propor solução dos problemas referentes aos hiatos no fluxo formal de atendimento (CABRAL et al, 2011).

Mângia e Muramoto (2008) definiram o itinerário terapêutico como:

A compreensão sobre como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas e aderem ou não aos tratamentos, ou seja, como constroem seus itinerários terapêuticos, é fundamental para orientar as novas práticas em saúde (MÂNGIA e MURAMOTO, 2008, p. 179).

Um estudo, no qual foi investigada a trajetória terapêutica de treze mulheres portadoras de câncer em um município do noroeste do Rio Grande do Sul, revelou que o médico é o primeiro e mais importante profissional a ser procurado para a cura e reabilitação do indivíduo (ROTOLI, 2007).

O acesso aos serviços de saúde do município em questão constitui-se como um problema, pois apresenta dificuldades na resolução dos casos, no atendimento nas UBS e nos encaminhamentos para outros municípios (ROTOLI, 2007).

Para o presente estudo, não será utilizado o referencial itinerário terapêutico, optando-se por ter como guia o referencial de redes de atenção, denominando de linha de cuidados das ações. O estudo busca conhecer a atenção ofertada pelos serviços de saúde, não aprofundando nos aspectos culturais que, necessariamente, permeiam a teoria do itinerário terapêutico.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. Tipo de estudo

Esse estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. O método qualitativo permite “explorar as compreensões subjetivas das pessoas a respeito da sua vida diária” (POPE, MAYS, 2005, p. 17).

Foi realizada a partir do recorte da macropesquisa intitulada “Itinerário terapêutico das mulheres com alterações cervicais no citopatológico em Rio Grande”.<sup>3</sup>

#### 3.2. Local do estudo

O local de estudo é o município do Rio Grande, no Rio Grande do sul, sendo que o banco de dados do macroprojeto foi constituído de quatro cenários investigativos: Coordenação de Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Grande, Unidades básicas de Saúde (UBS) de Rio Grande, Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. (HU), da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e residência dos sujeitos do estudo.

O primeiro contexto investigativo foi o setor de Coordenação de Saúde da Mulher, ao qual estão ligadas 32 unidades básicas de saúde, incluindo as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Todas as UBS e UBSF realizam o exame citopatológico (CP), assim como o HU. Na maioria das unidades, é o enfermeiro que realiza a coleta do exame citopatológico. Nesse local ficam armazenadas as informações sobre os serviços públicos de coleta de material para exame Papanicolau. Portanto, na Coordenação de Saúde da Mulher existe uma relação de todos os exames com alterações realizados no sistema público do município.

---

<sup>3</sup> O macroprojeto tem a coordenação das Professoras Nalú Pereira da Costa Kerber e Fabiane Ferreira Francioni, teve aprovação do CEPAS pelo número 83/2011 e tem como objetivo analisar o itinerário terapêutico percorrido pelas mulheres que apresentam alterações significativas no exame citopatológico, no município do Rio Grande/RS e identificar suas percepções em relação ao seu processo de adoecimento e à busca por tratamento. Desenvolvido de fevereiro de 2011 a abril de 2012, tendo como sujeitos 52 mulheres que apresentaram alguma alteração classificada como ANGUS, ASCUS, NIC I, II e III, carcinoma ou adenoma no exame citopatológico, e que foram atendidas ou encaminhadas ao Sistema Único de Saúde, nos serviços de referência no município do Rio Grande/RS, no período de janeiro/2010 a julho/2011. Para a coleta de dados foram utilizadas duas fontes: a pesquisa documental e a entrevista individual.

O segundo e terceiro cenário de investigação foram utilizados no sentido de obter dados de identificação das mulheres que tiveram resultados alterados, confirmação de endereço e verificação do encaminhamento realizado.

O quarto contexto investigativo foi a residência das mulheres sujeitos do estudo, no intuito de realização de uma entrevista individual, buscando obter a LC efetivada a partir da percepção dessas mulheres.

Como forma de melhor entendimento do contexto geral do estudo, apresenta-se o fluxo orientado pela Coordenação de Saúde da Mulher, de Rio Grande, diante de alguma alteração significativa no exame Papanicolau. Nesse caso, as UBS ou UBSF fazem o encaminhamento ao serviço de referência, que é o setor de ginecologia da SMS. Caso o exame esteja alterado, as Unidades de Saúde entram em contato diretamente com a Coordenação do Programa de Saúde da Mulher ou encaminham as mulheres ao ginecologista, por meio da utilização de um boletim de referência e contrarreferência para a central de agendamentos do município denominada de Central de Regulação das Consultas Especializadas (CEREG). Portanto, todas as mulheres com alterações são encaminhadas aos ginecologistas que atendem no setor de ginecologia da SMS (atendimento secundário). Com exceção do HU, que possui profissionais para atendimento destas mulheres, não precisando encaminhar para a SMS.

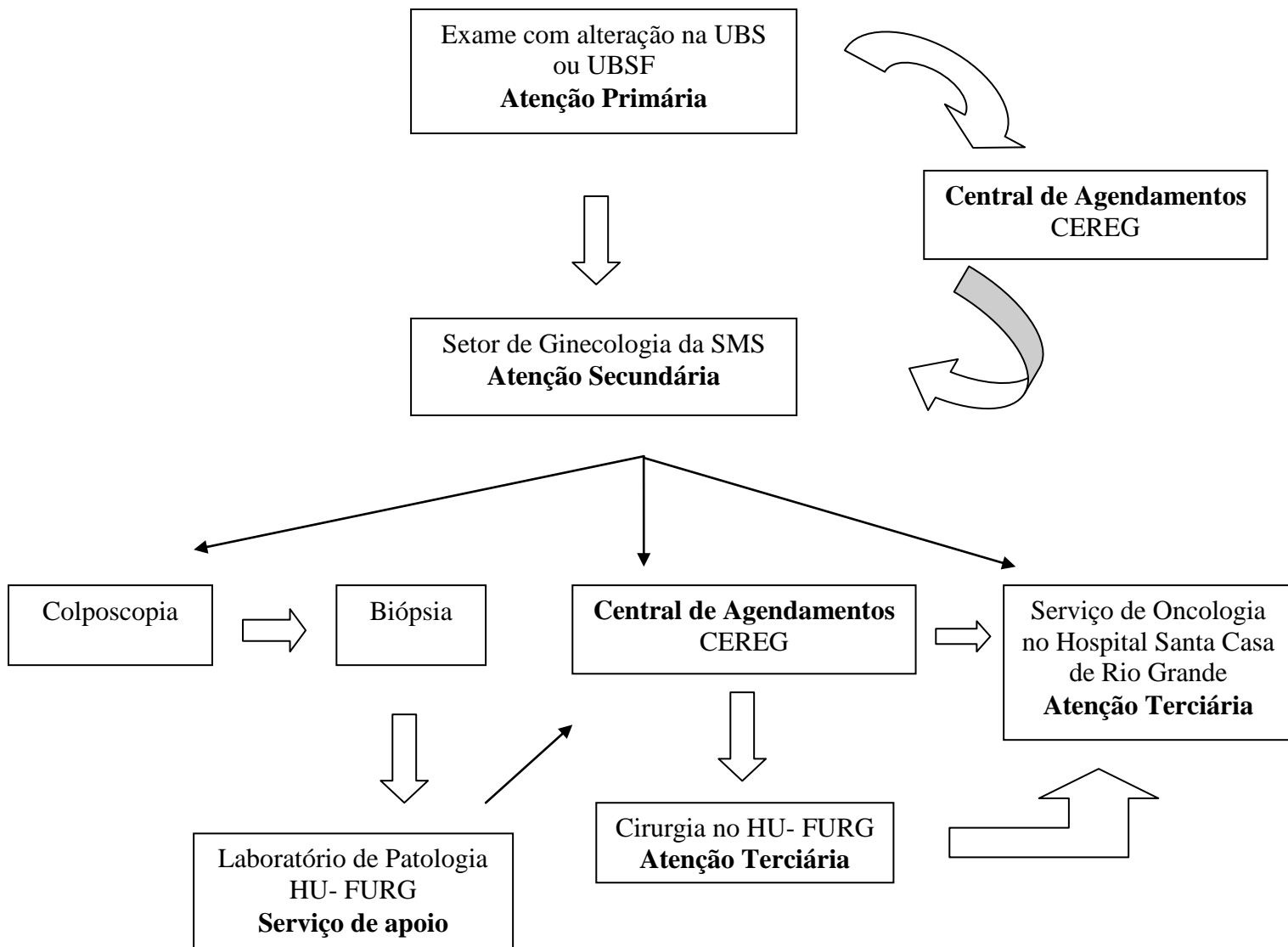
O ginecologista, se considerar necessário, poderá realizar o exame de colposcopia e a biópsia no momento da consulta, já que nesse setor existem equipamentos para isso. No caso de biópsia, a mesma é encaminhada ao laboratório de patologia do HU-FURG para análise do material.

No caso de a mulher necessitar de uma cirurgia ginecológica, a mesma é encaminhada através do boletim de referência e contrarreferência ao HU-FURG, conforme regulação da central de agendamentos (atendimento terciário).

As mulheres que necessitam começar o tratamento oncológico são encaminhadas, imediatamente, para o Serviço de Oncologia do Hospital Santa Casa de Rio Grande (atendimento terciário).

A seguir, apresenta-se um fluxograma dos serviços de atendimento da rede de atenção à saúde ginecológica do município do Rio Grande, o qual foi elaborado a partir de informações obtidas através da Coordenação do Programa Saúde da Mulher do município.

Cabe salientar que nem todas as mulheres seguem o fluxo completo, em vista de que em determinado momento, caso haja resolução da problemática apresentada, elas podem não necessitar mais utilizar o sistema de saúde.



### 3.3. Sujeitos do estudo

A presente pesquisa trabalhou com dados secundários, uma vez que fez a coleta no banco de dados da macropesquisa. Os sujeitos da macropesquisa foram mulheres que apresentaram alguma alteração no exame citopatológico, classificada como células atípicas de significado indeterminado, lesão intraepitelial de baixo grau, lesão intraepitelial de alto grau, carcinoma epidermóide invasor, e que fizeram o CP nas unidades dos serviços públicos de saúde do município do Rio Grande/RS, no período de janeiro/2010 a julho/2011.



Nesse período, a rede SUS do município de Rio Grande realizou 9.681 exames citopatológicos, sendo que 186 apresentaram alterações consideradas como significativas. Desses exames, 14 foram de mulheres que o realizaram por duas vezes nesse período. Com isso, ficamos com 172 mulheres.

Após a identificação dos sujeitos, foram utilizados alguns critério de exclusão: residir na área rural, endereço incompleto para realização da entrevista, endereço não existente para visita domiciliar, não ter sido encontrada no endereço fornecido para a coleta do exame, locais perigosas para o acesso à visita domiciliar, falecimento, não terem sido encontradas após a realização de duas visitas domiciliares em horários diferentes. Ainda tivemos a perda de duas entrevistas por problemas técnicos do gravador. Sendo assim, o presente estudo tem, como sujeitos, 52 mulheres.

A seguir, serão apresentados três quadros de caracterização dos sujeitos da pesquisa:

Quadro 1- Caracterização quanto aos dados sócio-demográficos. Rio Grande, RS, Brasil. 2010-2011. N= 52.

Entrevista	Idade	Cor	Nível	Relacionamento Conjugal	Renda	Profissão
1	56 ou mais	Negra	Até 8 anos	Com companheiro	4 salários	Do lar
2	44-49 anos	Branca	Até 8 anos	Com companheiro	2 salários mínimos	Do lar
3	56 ou mais	Branca	Até 8 anos	Com companheiro	+ de 5 salários mínimos	Aposentada
4	32-37	Branca	Até 4 anos	Com companheiro	1 salário mínimo	Do lar
5	26-31	Branca	Até 8 anos	Com companheiro	1 salário mínimo	Cuidadora de idosos
6	26-31	Branca	Até 4 anos	Com companheira	1 salário mínimo	Do lar
7	32-37	Negra	Até 8 anos	Com companheiro	1 salário mínimo	Do lar
8	32-37	Branca	Até 4 anos	Sem companheiro	1 salário mínimo	Do lar
9	38-43	Branca	Até 11 anos	Com companheiro	2 salários	Do lar
10	38-43	Negra	Até 4 anos	Com companheiro	1 salário	Serviços gerais
11	56 ou mais	Branca	Até 4 anos	Sem companheiro	1 salário mínimo	-
12	26-31	Branca	Até 8 anos	Com companheiro	2 salários	Vendedora
13	56 ou mais	Negra	Até 4 anos	Sem companheira	1 salário	Do lar
14	32-37	Branca	Até 8 anos	Com companheiro	1 salário	Do lar
15	26-31	Branca	2º grau completo	Com companheiro	4 salários	Do lar
16	50-55	Negra	Nível superior	Com companheiro	2 salários	Professora
17	32-37	Negra	Até 8 anos	Sem companheiro	1 salário	-
18	-	-	-	-	-	-
19	14-19	Branca	Até 4 anos	Sem companheiro	2 salários	Do lar
20	32-37	Branca	Até 8 anos	Com companheiro	2 salários	Do lar

21	26-31	Branca	Até 8 anos	Sem companheiro	1 salário	Empregada doméstica
22	56 ou mais	Negra	Até 4 anos	Sem companheiro	2 salários	Do lar
23	44-49	Branca	Até 4 anos	Com companheiro	1 salário	Do lar
24	20-25	Branca	3º grau incompleto	Com companheiro	3 salários	Estudante
25	20-25	Branca	Até 11 anos	Sem companheiro	+ de 5 salários	Serviços gerais
26	32-37	-	-	-	-	-
27	32-37	Branca	Até 8 anos	Com companheiro	1 salário	Do lar
28	56 ou mais	Branca	Até 4 anos	Sem companheiro	2 salários	Do lar
29	20-25	Branca	Nível superior	Com companheiro	2 salários	Dona de casa e estudante
30	20-25	branca	Até 4 anos	Com companheiro	1 salário	Serviços gerais
31	38-43	negra	Até 8 anos	Com Companheiro	Mais de 5 salários	-
32	44-49	Branca	Até 4 anos	Sem companheiro	2 salários	Dona de casa
33	38-43	Negra	Até 4 anos	Com companheiro	+ de 5 salários	Tarifera
34	20-25	Negra	Até 4 anos	Com companheiro	1 salário	Dona de casa
35	50-55	Branca	Até 4 anos	Com companheiro	1 salário mínimo	Do lar
36	20-25	Negra	Até 8 anos	Com companheiro	4 salários	Serviços gerais
37	32-37	Branca	Até 11 anos	Com companheiro	2 salários	Do lar
38	26-31	Branca	Até 4 anos	Com companheiro	3 salários	Do lar
39	56 ou mais	Branca	Até 4 anos	Com companheiro	Não tem renda	Do lar
40	50-55	Branca	Até 11 anos	Com companheiro	2 salários	Doméstica, cuidadora
41	56 ou mais	Branca	Até 4 anos	Com companheiro	1 salário	Dona de casa
42	26-31	Negra	Até 8 anos	Sem companheiro	1 salário	Diarista
43	26-31	Negra	Até 8 anos	Com companheiro	2 salários	Auxiliar de lavanderia
44	26-31	Branca	Até 8 anos	Sem companheiro	1 salário	Eletricista e do lar
45	20-25	Branca	Ensino médio completo	Com companheiro	3 salários	Manicure
46	50-55	Branca	Até 8 anos	Sem companheiro	3 salários	Do lar
47	50-55	Branca	Até 11 anos	Com companheiro	1 salário	Doméstica
48	32-37	Branca	Até 11 anos	Com companheiro	2 salários	Vendedora de lanches
49	20-25	Negra	Até 8 anos	Com companheiro	1 salário	Faxineira
50	38-43	Branca	Até 11 Anos	Com companheiro	2 salários	Cozinheira
51	14-19	Branca	Até 8 anos	Com companheiro	1 salário	Cabeleireira
52	56 ou mais	Branca	Até 11 anos	Sem companheiro	3 salários	Doméstica mas é pensionista do INSS

Quadro 2- Caracterização quanto aos hábitos de vida. Rio Grande, RS, Brasil. 2010-2011. N= 52.

Entrevista	Fumo	Álcool	Uso de medicação	Qual?	Resultado CP
1	sim	Sim	Sim	Losartana Potássica, Atenolol, Cloridrato de Metformina, Sinvastatina, Glimepibal.	ASC-US
2	Não	Não	Sim	P/ depressão	LSIL
3	Não	Não	Sim	P/ o coração ( não soube informar qual)	Outras neoplasias malignas indiferenciadas
4	Não	Não	Sim	Gardenal, anti-depressivo	LSIL
5	Não	Não	Sim	Fluoxetina	LSIL
6	Sim	Não	Não	-	ASC-US
7	Sim	Não	Não	-	HSIL
8	sim	Sim	Sim	Rivotril	HSIL
9	Não	Não	Sim	Omeprazol	ASC-US
10	Sim	Não	Não	-	ASC-US
11	Sim	Sim	Sim	fluoxetina, levozine, furosemida	HSIL, não podendo excluir microinvasão
12	Não	Não	Sim	Não lembra o nome	HSIL
13	Não	Não	Sim	DDIEC 400mg, 3 TC 150 mg, Kalentra	HSIL, não podendo excluir microinvasão
14	Sim	Sim	Não	-	LSIL
15	Não	Não	Não	-	HSIL
16	Não	Não	Não	-	LSIL
17	Não	Sim	Não	-	HSIL
18		-	-	-	ASC-H
19	Não	Não	Não	-	ASC-US
20	Sim	Não	Não	-	ASC-US
21	Não	Não	Não	-	ASC-US
22	Não	Não	Sim	Omeprazol, HCTZ, Propanolol, AAS e Senvastatina.	ASC-US
23	Não	Não	Sim	Rifotril, Amitralina, Omeprazol, Quilídio	ASC-H
24	Não	Não	Sim	levoid	ASC-US
25	Não	Não	Não	-	HSIL
26	-	-	-	-	ASC-US
27	Sim	Não	Não	-	ASC-US
28	Não	Não	Sim	Propranolol, Diuretic,	HSIL, não podendo excluir microinvasão

				Sinvastatina	
29	Não	Não	Não	-	ASC-US
30	Não	Não	-	-	ASC-US
31	Não	Não	Sim	Captopril	HSIL
32	Não	Não	Não	-	ASC-H
33	Sim	Não	Não	-	ASC-H
34	Sim	Sim	Não	-	ASC-US
35	Não	Não	Sim	Sinvastatina 200mg	ASC-H
36	Não	Não	Não	-	HSIL
37	Não	Não	Sim	Coquetel e Anticonvulsivos	HSIL
38	Não	Não	Sim	Triliptal, carbamazepina 300mg	HSIL, não podendo excluir microinvasão
39	Não	Não	Sim	Aciclovir, para tratamento da herpes genital	ASC-H
40	Sim	Não	Sim	Glibenclamida, Enalapril, Kaletra.	LSIL
41	Não	Não	Sim	captopril	ASC-H
42	Não	Não	Não	-	LSIL
43	Sim	Não	Não	-	HSIL
44	Não	Não	Sim	Sulfato ferroso	HSIL
45	Sim	Sim	Não	-	LSIL
46	Não	Não	Não	-	HSIL
47	Não	Não	Não	-	ASC-US
48	Não	Sim	Não	-	ASC-US
49	Não	Não	Sim	contraceptivo injetável	HSIL
50	não	Não	Sim	Sinvastatina	ASC-US
51	Sim	Não	Não	-	LSIL
52	Sim	Sim	Não	-	HSIL

Quadro 3- Caracterização quanto aos antecedentes ginecológicos. Rio Grande, RS, Brasil. 2010-2011. N= 52.

Entrevista	Cont. Oral	Preservativo	Nº de filhos	Menarca	Iniciação sexual	Nº de parceiros
1	Não	Não	Não tem	13	18	2
2	não	Não	4	9	15	3
3	Não	Não	2	16	19	1
4	Não	Não	2	14	16	1
5	Não	Não	3	12	13	2
6	Não	Não	5	14	14	5
7	Sim	Não	1	13	17	4
8	Não	Sim	1	13	15 ou mais	4
09	Sim	Não	2	14	15 ou mais	12
10	Não	Não	4	11	15 ou mais	2

11	Não	Não	2	11	18	4
12	Sim	Não	2	-	14	3
13	Não	Não	4	13	19	2
14	Não	Sim	3	13	18	4
15	Sim	Não	2	11	14	4
16	Não	Sim	2	15	25	2
17	Não	Sim	4	13	15 ou mais	15
18	-	-	-	-	-	-
19	Sim	Sim	1	13	13	1
20	Não	Não	3	13	13	3
21	Não	Não	1	13	15 ou mais	6
22	Não	Não	3	12	16	6
23	Não	Não	5	13	13	3
24	Sim	Sim	1	11	16	2
25	Não	Sim	2	12	15	3
26	-	-	-	-	-	-
27	Sim	Não	4	15	15	3
28	Não	Não	2	15	29	1
29	Sim	Não	1	11	15	6
30	Não	Não	2	12	15	9
31	Não	Não	7	12	15	4
32	Não	Não	2	14	15	15
33	Não	Não	4	15	16	1
34	Não	Não	3	12	13	3
35	Não	Não	2	12	15	3
36	Não	Não	-	12	15	3
37	Não	Sim	3	14	15	3
38	Não	Sim	1	14	18	2
39	Não	Não	2	10	17	5
40	Não	Sim	1	12	16	4
41	Não	Sim	5	12	16	3
42	Sim	Sim	5	13	14	3
43	Sim	Não	Nenhum	11	15	10
44	Não	Não	3	13	17	2
45	Não	Não	2	13	14	50
46	Não	Não	2	13	16	1
47	Não	Não	3	12	23	1
48	Não	Não	3	-	12	15
49	Não	Sim	1	11	15	4
50	Sim	Não	1	13	17	2
51	Sim	Sim	Nenhum	9	13	4
52	Não	Não	2	11	16	vários

### 3.4. Coleta de dados

Na presente pesquisa, foi utilizado o banco de dados relativo à entrevista individual. A coleta e tabulação dos dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2012. Para a organização dos dados, foram extraídas do banco de dados da macropesquisa as seguintes questões (**Anexo B**):

- Você costuma realizar o exame preventivo de câncer de colo de útero? Com que frequência?
- Onde costuma fazer seu exame?
- Tem dificuldade para marcar e realizar o exame?
- Qual foi a última vez que realizou o exame de prevenção do colo do útero (Papanicolau)?
- Qual foi o resultado? Sabe nos dizer se houve alguma alteração? Se resposta positiva, sabe que tipo de alteração foi detectada?
- Foi à consulta após a realização do exame? Se não, por quê?
- Qual o encaminhamento que foi dado pelo profissional que a atendeu?
- Após sair da consulta, o que você fez? Realizou o que lhe foi indicado? Se não, por quê?
- Teve alguma dificuldade para realizar as orientações do profissional que a atendeu? Quais?

### 3.5. Aspectos éticos

Este estudo seguiu as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 196/96, as quais impõem Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996). O macroprojeto obteve a autorização para desenvolvimento por parte do Comitê de Ética em Pesquisa da Área de Saúde – CEPAS/FURG, com o Parecer 83/2011 (**Anexo C**).

O presente trabalho obteve a autorização da coordenadora da macropesquisa para a utilização do banco de dados (**Anexo D**). Foi preservado o anonimato dos sujeitos, realizando a identificação com numeração sequencial.

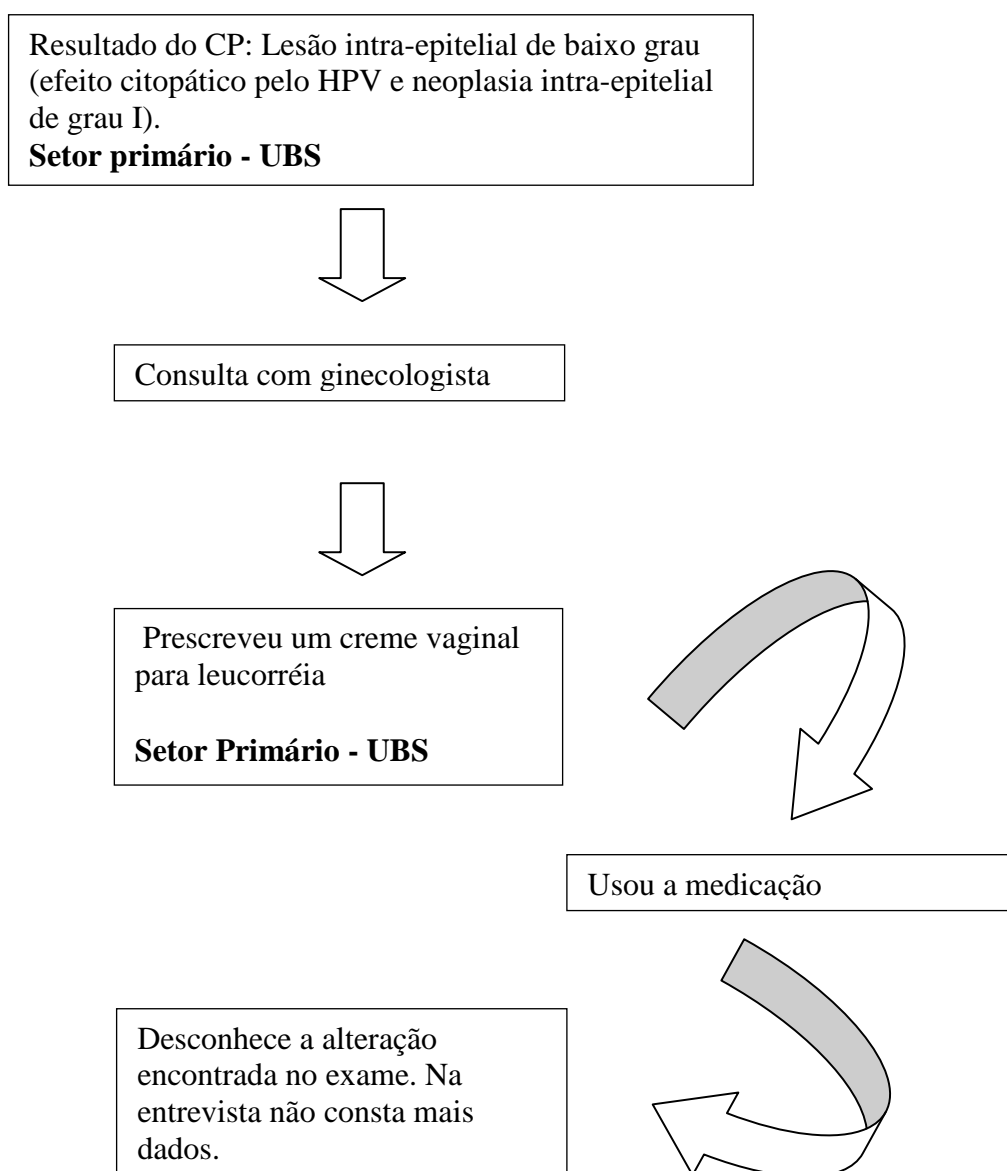
### 3.6. Análise dos dados

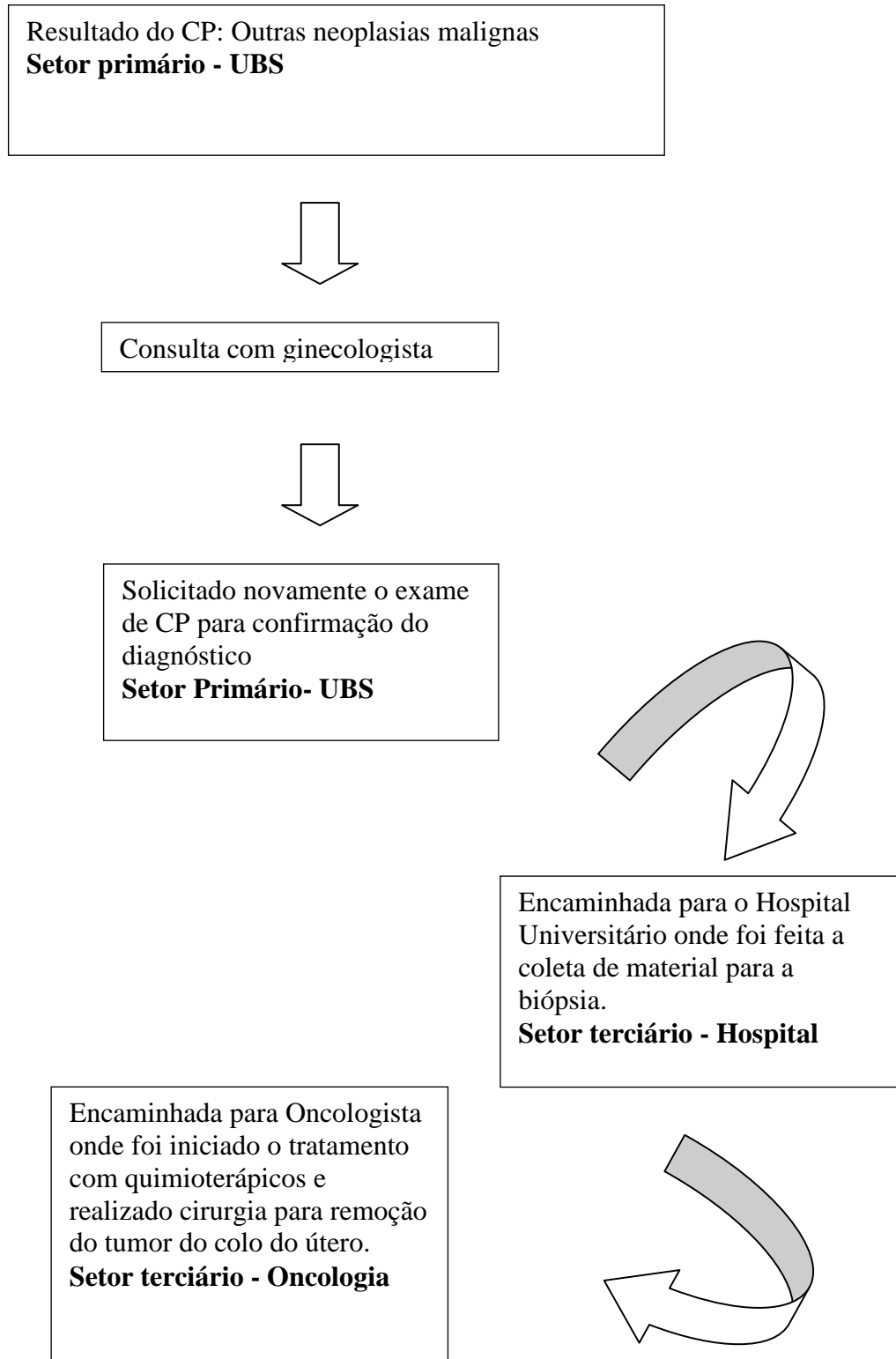
Foi realizada a análise temática. Para tanto, foi efetuada a leitura repetitiva, a organização e ordenação dos dados, de forma a buscar as regularidades em que se apresentaram os achados e, logo em seguida, foram identificados temas ou categorias (MINAYO, 2007).

Os temas-categorias elencados foram discutidos e analisados estabelecendo uma correlação com as Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero e o referencial de Redes de Atenção à Saúde, na especificidade da Linha de Cuidado.

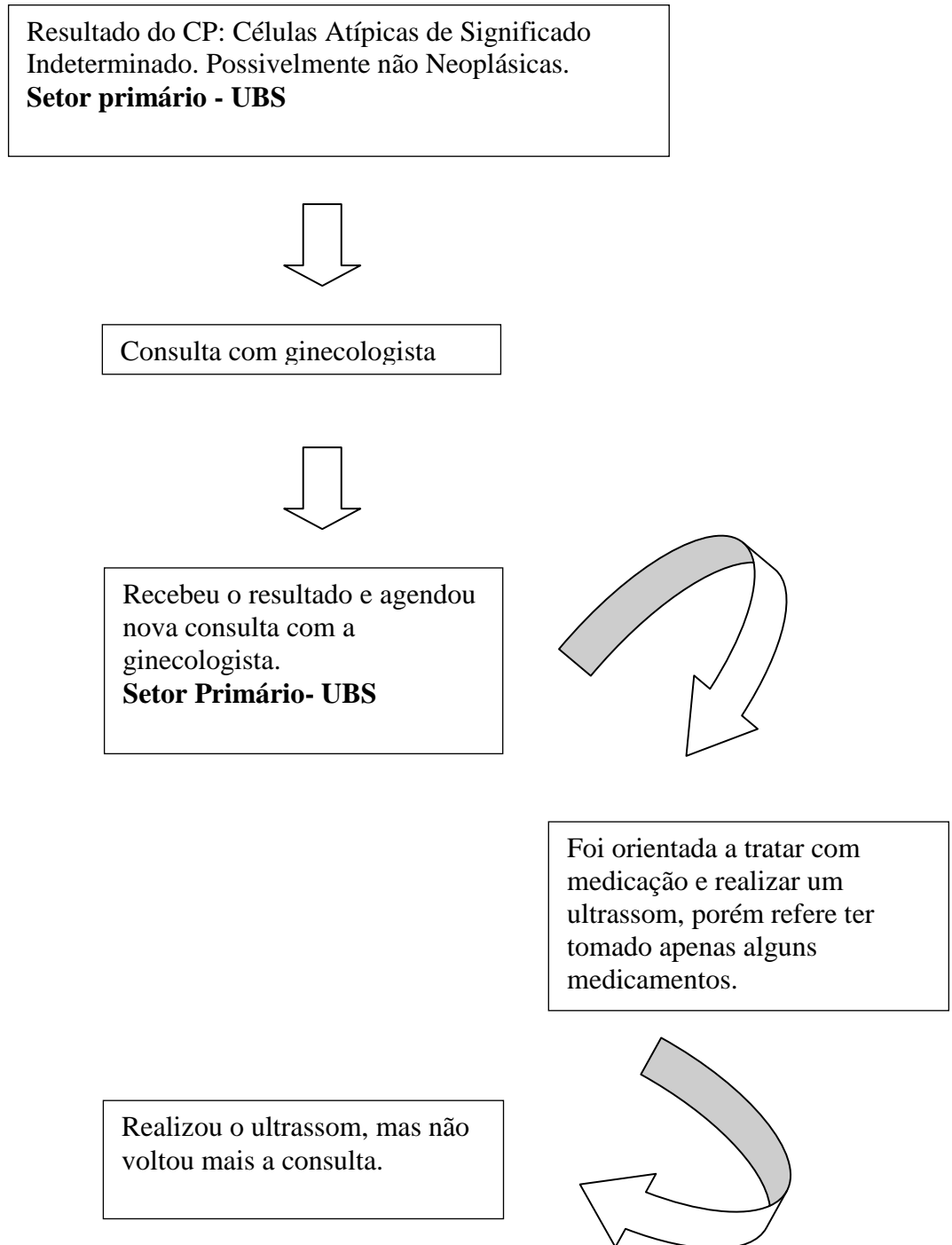
Também foi necessária a construção de mapas individuais, mostrando a linha de cuidado percorrida por cada mulher no intuito de dar visibilidade à atenção recebida por elas nos serviços de saúde. Após a construção dos mapas individuais das 52 mulheres, compararam-se os mapas com as diretrizes do INCA e, a partir disto, foi possível estabelecer se a conduta foi adequado ou inadequado. A seguir, um exemplo de mapa de cada alteração detectada no exame citopatológico dos sujeitos da pesquisa. Assim como a categorização dos mesmos conforme as diretrizes do INCA:

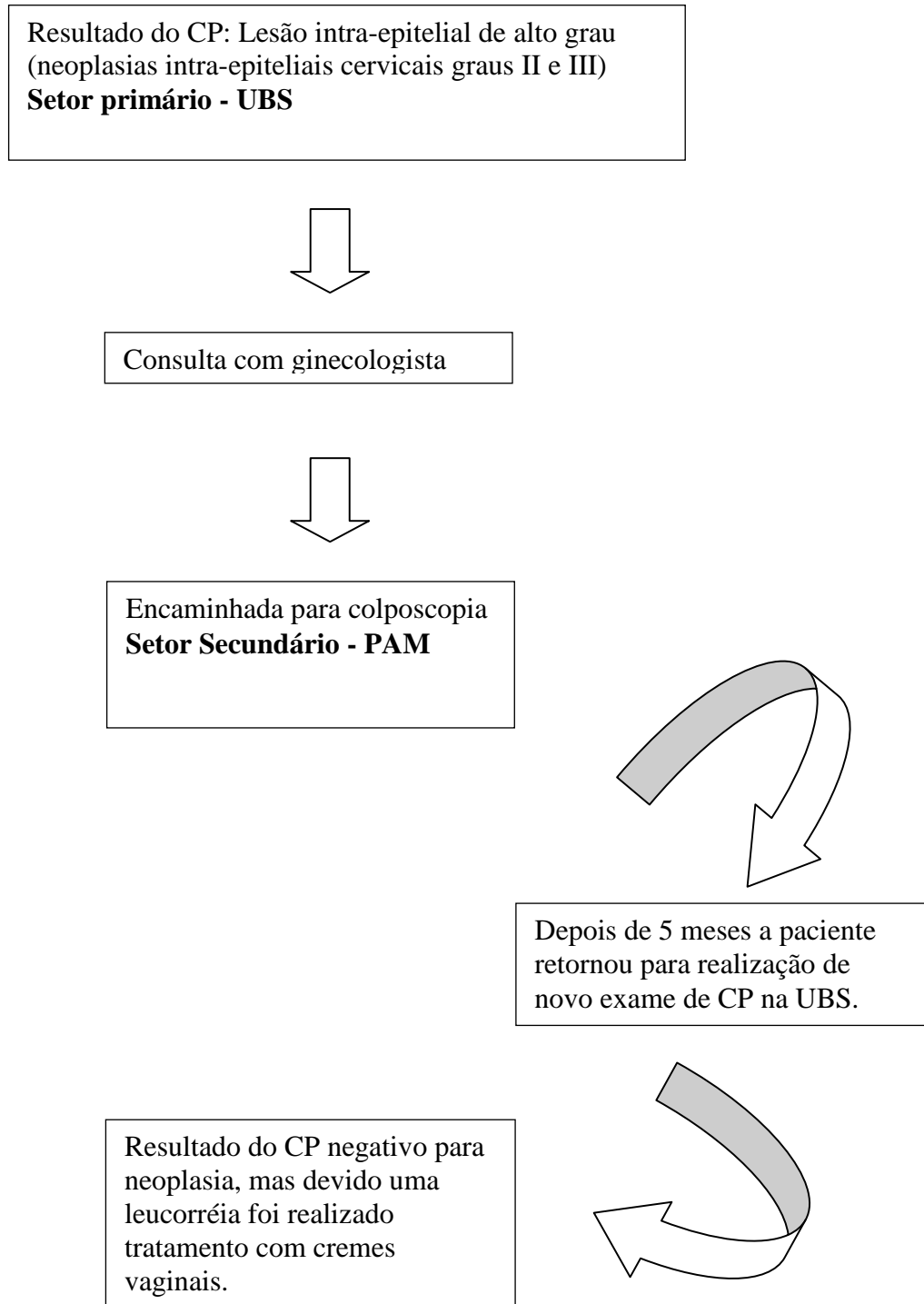
**MAPA: Entrevista 02 – conduta inadequada, deveria ter sido orientada a repetir o exame em 6 meses**

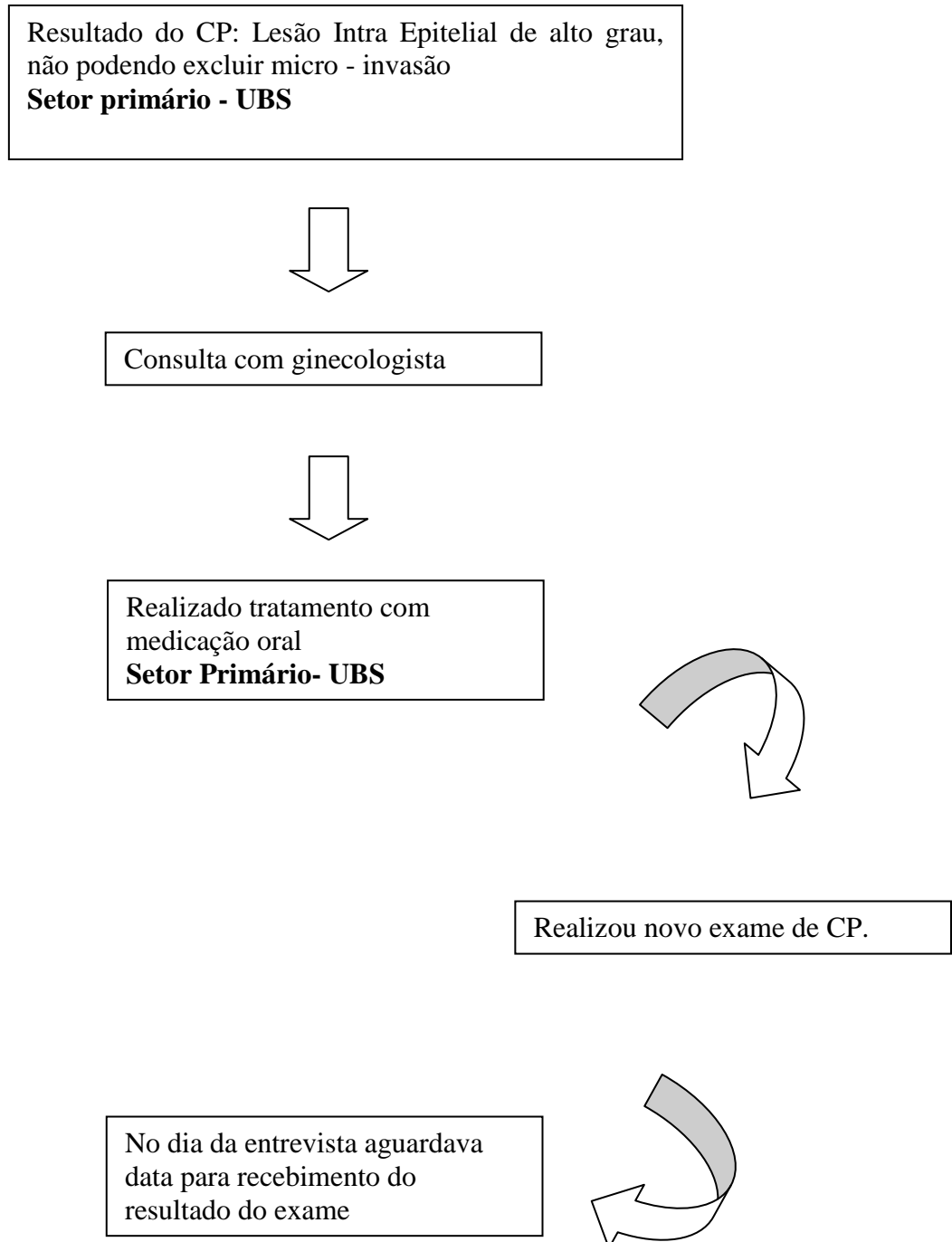


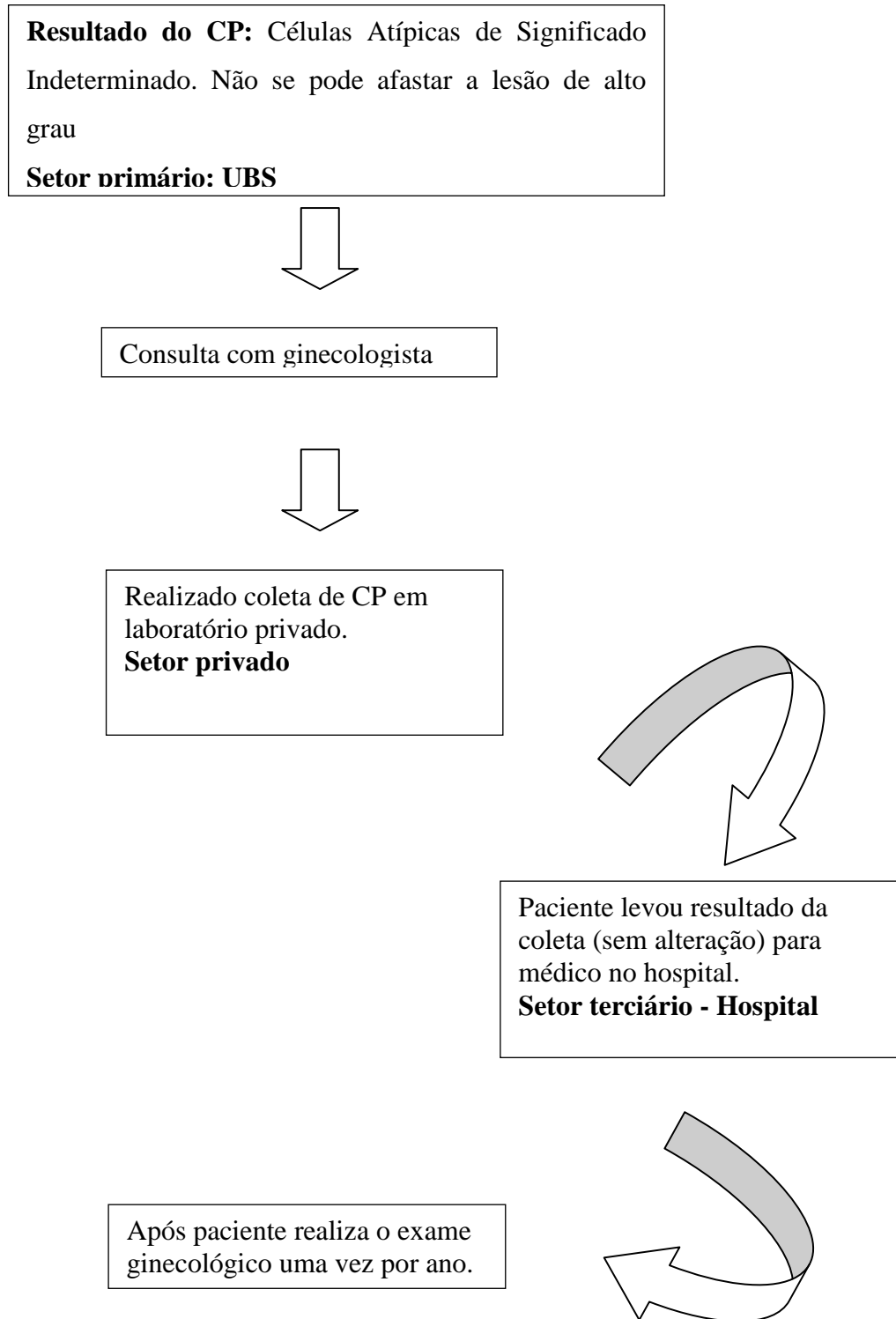
**MAPA: Entrevista 03 – conduta adequada**



**MAPA: Entrevista 06 – Conduta inadequada, paciente não aderiu ao tratamento**

**MAPA: Entrevista 07 – Conduta adequada**

**MAPA: Entrevista 11 - Aguarda**

**MAPA: Entrevista 18 – Conduta inadequada deveria ter feito colposcopia**

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como forma de mostrar os dados, os resultados e as discussões encontram-se dispostos no formato de dois artigos científicos, elaborados de acordo com as normas de periódicos nacionais indexados, que correspondem aos objetivos propostos na dissertação.

O primeiro artigo, intitulado “**Acesso ao exame Papanicolau por usuárias do sistema único de saúde**”, foi elaborado de acordo com as normas da Revista Gaúcha de Enfermagem. Este artigo responde ao primeiro objetivo específico, de identificar como se processou o acesso das usuárias do serviço público de saúde ao exame Papanicolau.

O segundo artigo, intitulado “**Linha de cuidado das mulheres com alterações no exame Papanicolau**”, corresponde ao segundo objetivo específico, de comparar a linha de cuidado percorrida pelas mulheres com as diretrizes do INCA. Este artigo foi elaborado de acordo com as normas da Revista Latinoamericana de enfermagem.

## 4.1. ARTIGO 1

**ACESSO AO EXAME PAPANICOLAU POR USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**RESUMO:** Estudo exploratório-descritivo, com o objetivo de analisar o acesso das usuárias do serviço público de saúde ao exame Papanicolau. Foi utilizado o banco de dados da pesquisa “Itinerário Terapêutico das mulheres com alterações cervicais no citopatológico em Rio Grande”, referente às entrevistas com 52 mulheres que apresentaram alteração no exame, entre janeiro de 2010 a julho de 2011. Desenvolveu-se análise temática à luz do referencial de acessibilidade de Fekete. Emergiram três categorias como resultados: acesso à informação sobre a frequência do exame Papanicolau, acesso ao exame Papanicolau e acesso à consulta de retorno. Constatou-se que a maioria das mulheres tem facilidade de acesso para a realização do citopatológico, porém, há limitações quanto à consulta de retorno, dificultando o estabelecimento de ações imediatas para o início do tratamento.

**DESCRITORES:** Acesso aos Serviços de Saúde. Neoplasias do colo do útero. Prevenção secundária. Enfermagem.

**ABSTRACT:** Exploratory-descriptive research aiming to analyze the access of public health users to Pap Tests. We use the database search “Therapeutic Itinerary changes of women with cervical cytology in Rio Grande”, referring to interviews with 52 women who showed alterations in their Pap test results, between January 2010 and July 2011. A thematic analysis was developed with reference to the Fekete reference of accessibility. Three categories emerged as a result: access to information as to the frequency of the Pap test, access to the Pap test and access to the follow-up visit. It was found that most women have access facility

as to carrying out cytopathological exam, however, there are limitations concerning follow-up visits, complicating the establishment of immediate actions to start the treatment.

**DESCRIPTORS:** Health Services Accessibility. Uterine Cervical Neoplasms. Secondary Prevention. Nursing.

**TITLE:** ACCESS TO PAP TEST BY MEDICAID (PUBLIC HEALTH SERVICE) USERS

**RESUMEN:** Estudio exploratorio-descriptivo, con el objetivo de analizar el acceso de las usuarias de los servicios de salud pública para el Examen Papanicolau. Se utilizó la base de datos de la investigación “Itinerario terapéutico de las mujeres con cambios citológicos en Rio Grande”, referentes a las entrevistas con 52 usuarias que mostraron alteraciones en el resultado del examen Papanicolaou, entre enero de 2010 y julio de 2011. El análisis temático fue desarrollado a la luz del referencial de accesibilidad de Fekete, teniendo como resultados tres categorías: el acceso a la información sobre la frecuencia del Examen Papanicolau, el acceso al Examen Papanicolau y el acceso a una nueva visita. Se encontró que la mayoría de las mujeres tienen acceso fácil a realizar al Examen de Papanicolau, sin embargo, existen limitaciones en la visita de vuelta, dificultando la acción inmediata para el inicio del tratamiento.

**DESCRIPTORES:** Accesibilidad a los Servicios de Salud. Neoplasias del Cuello Uterino. Prevención Secundaria. Enfermería.

**TÍTULO:** ACCESO AL EXAMEN DE PAPANICOLAU POR USUARIAS DEL SISTEMA UNICO DE SALUD

## **INTRODUÇÃO**

O objeto deste estudo é o acesso das mulheres aos serviços de realização do exame preventivo do câncer de colo uterino (CCU), também denominado de Papanicolau ou

citopatológico (CP). A discussão de tal temática é necessária tendo em vista o fato de que este tipo de câncer é o segundo mais frequente na população feminina, perdendo apenas para o câncer de mama e demora anos para se desenvolver<sup>(1)</sup>.

Dentre os anos de 1980 a 2010, o número de casos de CCU no mundo aumentou 0,6% ao ano e o número de mortes ocasionadas por ele cresceu em 0,46% ao ano, impulsionado pelo aumento e pelo envelhecimento da população, respectivamente<sup>(2)</sup>.

Apesar de sua alta incidência, o CCU é detectado precocemente com medidas fáceis e de baixo custo, como é o caso do CP. No entanto, segundo os indicadores de cobertura do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde- DATASUS, apenas 49,43% das mulheres que realizaram o CP no ano de 2008, no Rio Grande do Sul, referiram realizar o exame anualmente, sendo que 13,62% nunca o tinham realizado<sup>(3)</sup>. Em uma investigação realizada no norte do Paraná, com mulheres que realizaram o CP pelo Sistema Único de Saúde (SUS), foi verificada a baixa cobertura de exames, sendo que no ano de 2006 a cobertura foi de 7,6% entre mulheres de 25 a 59 anos<sup>(4)</sup>.

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), não basta apenas oferecer o CP nas unidades básicas, é preciso incentivar as mulheres vulneráveis a realizá-lo, além de implementar sistemas de referência e contrarreferência para o encaminhamento quando necessário<sup>(5)</sup>.

Isso significa que o acesso precisa estar assegurado integralmente, desde o nível primário da atenção até o nível terciário, em busca da satisfação de necessidades apresentadas no processo saúde-doença.

Ao adentrar na questão da acessibilidade, é necessário que se pense na relação entre a necessidade da população e a oferta de serviços de saúde para satisfazer tais necessidades. O acesso aos serviços de saúde não depende apenas da disponibilidade de recursos, mas, também, da garantia da sua utilização. A acessibilidade é garantida através da combinação de



diversas dimensões, entre as quais, acessibilidade geográfica (distância), acessibilidade organizacional (tempo de espera para o atendimento), acessibilidade sócio-cultural e acessibilidade econômica<sup>(6)</sup>.

O acesso ao sistema de saúde ainda mostra-se deficitário necessitando maiores investimentos, como se percebe através dos estudos desenvolvidos na temática. Um estudo realizado em São Paulo com mulheres, que estavam fazendo o exame de CP pela primeira vez, mostrou que a dificuldade no acesso aos serviços de saúde para a realização do exame teve como fatores concorrentes: a distância, o emprego e a necessidade de cuidado dos filhos<sup>(7)</sup>. Assim, no exemplo citado, podemos perceber claramente as dimensões de acessibilidade geográfica e acessibilidade econômica prejudicadas, o que compromete o acesso ao sistema de saúde como um todo.

Uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul revelou que, entre as dificuldades encontradas para a realização do CP, está a desinformação sobre a realização do exame<sup>(8)</sup>, o que se conforma como acessibilidade sócio-cultural.

Pensando que a acessibilidade ao sistema de saúde está intrinsecamente relacionada ao primeiro contato das mulheres com os serviços, uma vez que este é o ponto de partida para a prevenção do CCU, percebe-se a importância de investigar esta temática. Para isto, questionou-se como é o acesso das mulheres ao serviço público de saúde para a realização do exame Papanicolau, estabelecendo-se como objetivo deste estudo: analisar a forma como se processou o acesso das usuárias do serviço público de saúde ao exame Papanicolau.

## **METODOLOGIA**

Este estudo deriva da macropesquisa “Itinerário Terapêutico das mulheres com alterações cervicais no citopatológico em Rio Grande”, tem uma abordagem qualitativa e exploratória. O contexto investigativo foi o serviço público de saúde do município. Os

sujeitos foram 52 mulheres que fizeram o exame de CP e apresentaram alterações no período de janeiro de 2010 a julho de 2011.

Considerou-se como alterações no CP os seguintes resultados: células atípicas de significado indeterminado; lesão intraepitelial de baixo grau; lesão intraepitelial de alto grau e; adenocarcinoma *in situ* e invasor.

Para o desenvolvimento deste estudo, foram extraídos do banco de dados os questionamentos: Você costuma realizar o exame preventivo de câncer de colo de útero? Com que frequência? Onde costuma fazer seu exame? Tem dificuldade para marcar e realizar o exame?

Após a ordenação das entrevistas e organização dos dados, foi realizada análise temática com interpretação à luz do referencial de acessibilidade de Fekete (1997).

A utilização do banco de dados foi autorizada pelas coordenadoras da macropesquisa, a qual teve anuência do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde com Parecer 83/2011. Os depoimentos estão identificados pela numeração sequencial da ordem de realização do CP.

## **RESULTADOS**

Em relação ao local de realização do CP, 37 mulheres realizaram na unidade básica de saúde (UBS) próxima à sua residência, 12 relataram ter se submetido à coleta no Hospital Universitário, 2 em consultório particular e 1 não respondeu à questão.

A partir da análise dos dados, emergiram três categorias: acesso à informação sobre a frequência do exame Papanicolau, acesso ao exame Papanicolau e acesso à consulta de retorno. A seguir serão apresentadas as categorias elencadas:

### **Acesso à informação sobre a frequência do exame Papanicolau**

Esta categoria surgiu a partir da relevância assumida pela informação como forma de fortalecer o acesso aos serviços de saúde. Com relação à frequência na realização do exame, as mulheres demonstraram estar vinculada à solicitação dos profissionais de saúde:

*Eu fazia de ano em ano, só que quando eu tive ferida, elas mandaram fazer de 6 em 6 meses. (E 05)*

*Eu não costumo realizar muito não. Só quando eles vêm aqui mandar eu fazer, os agentes. (E 06)*

*Sempre que o médico pede, eu realizo, acho que de dois em dois anos. (E 12)*

Outro fator que chamou a atenção nesta categoria foi o atrelamento da realização do exame citopatológico ao período gestacional:

*É, eu fiz quando estava grávida e depois não fiz mais. Eu morava lá no interior do interior, aí não tinha muita pressa, eu fui deixando e vim fazer grávida dela agora. (E 15)*

*“[...]” fiz o pré natal com a doutora” [...]” e ela, depois, disse que eu tinha que fazer o exame. Aí eu fiz. (E 49)*

### **Acesso ao exame Papanicolau**

Esta categoria foi formada no sentido de direcionar para o foco deste estudo que é o acesso aos serviços de coleta de CP. Por intermédio da análise dos depoimentos, pode-se observar que a maioria das mulheres não possui dificuldades de acesso aos serviços que prestam esse exame, não havendo, também, interveniências na realização:

*Não. Fazem em seguida. Chega lá, marca e toda quinta-feira eles colhem o material. (E 21)*

*Não, não. São todas as quintas-feiras a partir das 8 h. É só marcar, só ir fazer. Tu já vais de manhã, vai um pouquinho mais cedo, já tiras a ficha e já faz no mesmo dia. (E05)*

Pode-se perceber, porém, em alguns relatos, que o acesso ao serviço de realização do CP nem sempre é fácil. Uma das entrevistadas comentou, inclusive, que prefere realizar o exame no serviço particular de saúde, pela demora no atendimento na rede pública.

*Para marcar, que a gente tem mais dificuldade, porque tem fila, e o pessoal chega cedo. Aí a gente tem que enfrentar a fila. (E12)*

*Aí às vezes tu tens que sair fora, pagar, para ser mais rápido um pouquinho. (E16)*

### **Acesso à consulta de retorno**

Essa categoria foi elencada pelo entendimento de que a universalidade apregoada pelo SUS necessita ser garantida em todos os níveis de assistência. Por isso, mesmo tendo poucos relatos de algum tipo de dificuldade, existe a necessidade de explorar essas falas no sentido de traçar estratégias para minimizar a problemática.

Dentre as poucas dificuldades relatadas, a mais citada foi o retorno ao serviço de saúde para conhecer o resultado do exame e para o encaminhamento de uma nova consulta.

*Ah! Tenho. Tem muita dificuldade. A gente tem que ir às 4 horas da manhã para lá, e são só cinco fichas. Tem dia certo, mas aí depois tu consultas. O teu problema é só consultar. (E07)*

*Ah! No postinho, a gente tem dificuldade, de 3 a 4 meses até 1 ano (E11)*

*“[...]” O mais difícil é marcar a consulta mesmo, e acho que às vezes demora um pouco também. Se está com pressa, é mais complicado; mas, se não está, aí não. (E12)*

Também, observou-se que a dificuldade não é só na marcação da consulta de retorno, pois duas mulheres queixaram-se da demora na análise do exame e na obtenção do resultado.

*“[...]” o problema que fica atrasado é vir de lá, para vir de lá, para tu saber o resultado, se tem alguma coisa ou não tem. (E04)*

*Para marcar é fácil, o problema é chegar a devolver o exame. (E08)*

## DISCUSSÃO

Pode-se observar, por meio da análise dos depoimentos das usuárias, que o acesso ao serviço de coleta do CP está facilitado, pois a maioria das mulheres referiu acessar esse serviço através da UBS mais próxima da sua casa. Esse tipo de oferta está de acordo com a proposta da Atenção Primária à Saúde, que apregoa que o primeiro contato realizado na unidade mais próxima da residência dos usuários faz com que a dimensão da acessibilidade geográfica se efetive<sup>(6)</sup>.

Em relação ao acesso à informação sobre a frequência na realização do exame, este pode ser visto de duas maneiras. Primeiro, percebe-se que os profissionais da saúde estão solicitando e orientando as mulheres quanto à realização do exame. Segundo, as mulheres não têm o exame como algo rotineiro em suas vidas, não buscando realizá-lo espontaneamente. Ficou nítido, nas falas, que muitas mulheres somente realizam o CP quando há solicitação do profissional da saúde.

Essa dependência, que as mulheres possuem, do profissional de saúde, para a prevenção de doenças, pode estar relacionada a dificuldades na acessibilidade sócio-cultural. A acessibilidade sócio-cultural é caracterizada como um conjunto de fenômenos que determinam a busca pela assistência à saúde, uma das características desse tipo de acessibilidade é a percepção que o indivíduo tem sobre o seu corpo e as doenças<sup>(6)</sup>.

A frequência na realização do CP, estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS), em 1988, permanece atual, apregoando que esse exame seja realizado uma vez ao ano por todas as mulheres e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. No caso de alguma alteração, a periodicidade do exame pode variar<sup>(9)</sup>.

Outro resultado que despontou no estudo foi a conexão entre a coleta do CP e o pré-natal, algumas das entrevistadas vincularam a realização do exame ao período gestacional. Esse significado sugere que os pré-natalistas estão desenvolvendo seu trabalho de acordo com

as diretrizes do MS. Muitas mulheres frequentam os serviços de saúde apenas para a consulta de pré-natal, portanto, é necessário que, nesse período, seja investigada a data do último exame e realizado o CP, se necessário<sup>(10)</sup>. No entanto, esse achado reforça a ausência do hábito das usuárias, em realizar o CP.

Diante dos resultados apresentados, supõe-se não haver dificuldades de acesso à realização do CP nas UBS ou nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atendem a maioria das mulheres em questão, uma vez que elas estão conseguindo realizar o exame. As unidades do serviço público de saúde parecem desenvolver o trabalho de prevenção do CCU de acordo com a PNAISM, que objetiva ampliar o acesso das mulheres aos serviços com ênfase na promoção da saúde e detecção precoce de problemas<sup>(5)</sup>.

Um fator que contribui para o aumento da facilidade de acesso é a existência de unidades de ESF, as quais são compostas por uma equipe multiprofissional capacitada, e que atuam com o objetivo de facilitar a entrada dos usuários ao serviço de saúde. No caso específico da mulher, a ESF pode ajudar no reconhecimento dela como sujeito partícipe do seu cuidado<sup>(11)</sup>.

O modelo assistencial da ESF inclui os recursos e a organização do serviço, visando o desenvolvimento de ações que facilitem a obtenção dos cuidados em saúde e o acesso aos serviços. O acesso tem sido considerado como um dos principais elementos de atenção à saúde<sup>(12)</sup>.

As dificuldades relatadas, quanto ao agendamento do exame, retratam problemas referentes à acessibilidade organizacional, como filas e demora no atendimento. Um estudo realizado no Nordeste constatou a falta de vaga como dificuldade para a realização do CP, caracterizando uma barreira institucional para o acesso ao serviço. Além disso, apontou o horário fixo para a realização do exame como causador da desistência de busca pelo serviço<sup>(13)</sup>.

Da mesma forma, um estudo desenvolvido em Minas Gerais constatou que a maioria das mulheres não realiza o CP pela qualidade do atendimento e organização do trabalho, relatando a preferência pela agilidade de serviços privados<sup>(12)</sup>.

Percebeu-se, neste estudo, que uma das primeiras alternativas das mulheres quando há uma dificuldade no acesso aos serviços públicos é procurar o serviço privado, o qual consideram mais ágil e eficaz. Normalmente, entre os fatores de satisfação do serviço privado estão o acesso e o fluxo rápido no atendimento<sup>(14)</sup>.

A mesma questão foi encontrada em outro estudo, desenvolvido no Ceará, em que as mulheres não buscaram a consulta de retorno agendada pelo serviço de saúde público, alegando para isso o fato de já terem procurado outro lugar<sup>(15)</sup>.

Outro fator que chamou a atenção foi a problemática relatada na demora para análise dos exames e agendamento da consulta de retorno para o recebimento do resultado, demonstrando, mais uma vez, dificuldades na acessibilidade organizacional. A demora nos resultados de exames traz grandes transtornos ao usuário, ocasionando perda de tempo, prejuízo financeiro, pelas vindas repetidas ao serviço na tentativa de saber o resultado e prejuízos emocionais ante à incerteza dos resultados. Isso gera descrédito na instituição e nos profissionais de saúde<sup>(12)</sup>.

Com isso, percebe-se que não basta apenas oferecer uma parte do serviço, a coleta do CP. É necessário que a mulher tenha a informação sobre o resultado desse exame e seja assegurado o acompanhamento necessário, garantindo a resolutividade de cada situação apresentada.

A agilidade nesse processo é determinante na qualidade da assistência oferecida, uma vez que, no caso de o exame apresentar atipias, quanto maior a espera por intervenções, menor é a chance de um prognóstico favorável. É inadmissível uma espera grande para esse tipo de consulta, a qual condiciona a sequência da atenção que deve ser dispensada à mulher.

A orientação da conduta diante dos resultados apresentados está posta nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero, a qual especifica o procedimento a ser tomado diante de cada alteração <sup>(9)</sup>.

No município investigado, existe um protocolo de atenção à saúde da mulher que especifica as orientações, subsidiando o trabalho dos profissionais e garantindo autonomia para encaminhamentos e tratamento das mulheres. Esse protocolo alia-se ao manual de condutas do MS na orientação da continuidade da atenção que deve ser dispensada às mulheres que apresentam alterações no exame.

Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde tem um serviço de referência em ginecologia, para o qual as unidades podem encaminhar as usuárias, para quem a resolutividade não é alcançada na unidade básica, agilizando as consultas, dependendo da gravidade de cada caso.

Há que se considerar em relação ao acesso ao sistema de saúde, não somente o que se refere à entrada, como, também, a finalização das ações voltadas para a solução de cada problema de saúde detectado. Os serviços devem apresentar um fluxo bem definido, capacidade instalada dos serviços e acolhimento <sup>(16)</sup>.

A questão do acesso aos serviços ainda mostra-se como uma fragilidade do sistema público de saúde, não somente na nossa realidade. Uma investigação realizada em uma unidade de ESF, no Mato Grosso, revelou acessibilidade parcial dos usuários, no sentido de que a assistência nem sempre era resolutiva, levando a busca por outras unidades de saúde <sup>(17)</sup>.

Nessa mesma direção, apesar de mostrar outros dados, também desponta um estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul, envolvendo os resultados do CP em uma UBS, que constata uma demora de cerca de 50 dias para que esses sejam enviados à unidade. Os autores também encontraram problemas na busca ativa das mulheres devido à inadequação dos



registros nos prontuários, dificultando a entrega dos resultados de uma maneira efetiva e que possibilitasse adotar as medidas de intervenções preconizadas de forma rápida<sup>(18)</sup>.

Acredita-se que as dificuldades encontradas pelos sujeitos do presente estudam em relação ao agendamento da consulta de retorno possa ser ocasionada por diversos fatores organizacionais como: demora do laboratório na entrega dos exames, sobrecarga de trabalho, número reduzido de profissionais de saúde em cada unidade, dificuldade de encontrar o endereço na realização da busca ativa das mulheres, e grande demanda de pacientes com alterações no exame.

É possível destacar a importância de dados sistematizados que possibilitem as informações necessárias para o acompanhamento das mulheres que apresentam alterações no CP, bem como facilitem o rastreamento destas. Ainda, as demais informações sobre as coletas de CP podem ajudar o serviço a começar um sistema de avaliação e monitoramento das atividades<sup>(19)</sup>.

É importante que se mantenham atualizados endereços e telefones, tornando, assim, mais rápido e fácil o agendamento das consultas para as mulheres com exames alterados e, conseqüentemente, garantindo a continuidade no rumo de um atendimento eficaz e satisfatório. Reitera-se que a demora em retornar ao serviço de saúde e obter a possibilidade de investigação do caso e possível tratamento, faz com que as mulheres desistam de procurar atendimento e deixem de lado a oportunidade de cura.

É importante lembrar que todas as instâncias organizativas e de serviço têm responsabilidade na garantia do acesso às usuárias. O MS desenvolve políticas para melhorar o acesso ao serviço de saúde, mas é preciso que o município esteja engajado em desenvolver ações rotineiras que incentivem as mulheres à prevenção do CCU, como, por exemplo, desenvolvendo atividades educativas e divulgações na mídia sobre a temática em questão<sup>(20)</sup>.

Na organização do serviço, também podem ser desenvolvidos estudos diagnósticos que, por meio de um sistema de rastreamento, apontem os motivos para a não adesão das mulheres, identifiquem a disponibilidade do serviço à comunidade, obtenham controle de qualidade dos serviços, avaliem protocolos utilizados e o método de busca ativa dos pacientes e garantam tratamento adequado às mulheres com alterações.

Ainda, são necessárias mudanças no sistema organizacional, sendo primordial a disposição da coleta do CP em horários diferenciados, para permitir o acesso da mulher trabalhadora aos profissionais de saúde<sup>(11)</sup>.

É imperioso que, no nível da atenção primária à saúde, haja um planejamento em que as ações do controle do CCU sejam programadas, garantido o acesso, mantendo registros dos exames realizados e promovendo busca ativa para as faltosas, especialmente para aquelas de maior risco<sup>(12)</sup>.

Enfim, entende-se que os enfermeiros e as equipes têm um papel de grande relevância e responsabilidade, no sentido de planejar ações em saúde que promovam o fortalecimento do processo de trabalho frente à necessidade do diagnóstico precoce do CCU, e, com isso, possibilitem a garantia do melhor cuidado à população feminina.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base nos resultados apresentados, pode-se ter uma ideia da real situação em que se encontra a prevenção do CCU no Sistema Público de Saúde do município investigado. A partir dos dados visibilizados pelo estudo, podem ser traçadas estratégias no sentido de redimir as problemáticas presentes e assistir as mulheres em sua integralidade.

As mulheres têm facilidade de acesso para a realização do CP, porém, há limitações quanto à consulta de retorno, dificultando o estabelecimento de ações imediatas para o início do tratamento.

Assim, constata-se que o Sistema Público de Saúde apresenta certa fragilidade quanto à integralidade da atenção e quanto ao papel de viabilizar o acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde da mulher, uma vez que oferece ações de realização do CP e deixa a desejar na consulta de retorno.

Ao utilizar, como sujeitos deste estudo, mulheres que apresentaram alterações no resultado do exame, ressalta-se a problemática do acesso às consultas, uma vez que, nesse caso, é de extrema importância que a consulta de retorno seja agilizada. As ações em saúde precisam ser implementadas rapidamente, de forma a garantir uma completa recuperação e uma vida saudável à mulher.

Destaca-se um importante aliado na agilização desse serviço, o preenchimento adequado das informações nos prontuários, uma vez que auxilia na busca ativa às mulheres que realizaram o exame para comparecerem à consulta de retorno.

## **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer – (Inca). Estimativa do câncer no Brasil 2009. Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). [citado 2011 out 25].
2. Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, Lozano R, Lopez AD, Murray CJL, et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *The Lancet*. 2011; 378 (9801): 1461-84.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS . 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/c01b.htm>. [citado 2011 out 25].
4. Melo SCCS, Prates L, Carvalho MDB, Marcon SS, Pelloso SM. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(4):602-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Brasília (DF); 2009.
6. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 1997.

7. Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolau segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(2): 378-84.
8. Casarin MR, Piccoli JCE. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. *Cien Saude Colet.* 2011; 16(9):3925-3932.
9. Brasil. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
11. Nascimento MSS, Nascimento E, Rossi VEC, Moura JP, Maia MAC, Maciel HPF. Motivos que levaram as mulheres cadastradas no PSF Escola a faltarem ao exame Papanicolau no município de Passos (MG). *Ciência et Praxis.* 2010; 3(5): 17-24.
12. Ribeiro MGM, Santos SMR, Teixeira MTB. Itinerário Terapêutico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero: uma Abordagem Focada na Prevenção. *Ver. bras. cancerol.* 2011; 57(4): 483-491.
13. Diógenes MAR, Jorge RJB, Sampaio LRL, Mendonça FAC, Sampaio LL. Barreiras a realização periódica do papanicolau: estudo com mulheres de uma cidade do nordeste do Brasil. *Rev. APS.* 2011;14(1): 12-18.
14. Sisson MC, Oliveira MC, Conill EM, Pires D, Boing AF, Fertoni HP. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. *Interface comunicação saúde educação.* 2011; 15 (36):123-36.
15. Gomes LM, Bezerra AKP, Moreira CTV, Falcão Junior JSP. Exame de papanicolau: fatores que influenciam as mulheres a não receberem o resultado. *Revista eletrônica enfermagem global [Internet].* 2010; 9 (3): 11 telas. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/110851/105211>.
16. Albuquerque ZBP, Tavares SBN, Manrique EJC, Souza, ACS, Neves HCC, Valadares JG, Amaral RG. Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2011; 13(2): 239-49. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n2/v13n2a10.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a10.htm).
17. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(3):451-7.
18. Risso, BBS, Soares, MC. Avaliação dos registros do exame citopatológico em uma unidade básica de saúde em Rio Grande-RS. *Rev. enferm. Saúde.* 2011; 1(1): 84-90.

19. Kunde VL, Bighetti TI. Atipias no resultado do pré-câncer de colo de útero no Pronto Atendimento 24h do município de Canguçu-RS. *Rev. enferm. Saúde.* 2011; 1(1): 139-146.
20. Canido RE, Carvalho GM, Merighi MAB, Martins AA. Avaliação do programa de prevenção do câncer do colo uterino e de mama no município de Paranapanema, Estado de São Paulo, Brasil. *O Mundo da Saúde.* 2007; 31(3): 375-383.

## 4.2. ARTIGO 2

**LINHA DE CUIDADO PERCORRIDA PELAS MULHERES COM ALTERAÇÕES  
NO EXAME PAPANICOLAU****LINE OF CARE RUN BY WOMEN WITH ALTERATIONS IN THEIR PAP TESTS****LÍNEA DE ATENCIÓN RECORRIDA POR LAS MUJERES CON ALTERACIONES  
EN EXAMEN DE PAPANICOLAU**

**RESUMO:** O objetivo do estudo é conhecer a linha de cuidados percorrida pelas mulheres com alterações no exame Papanicolau em um município do Rio Grande do Sul. Estudo qualitativo, exploratório, recorte do banco de dados da pesquisa intitulada “Itinerário Terapêutico das mulheres com alterações cervicais no citopatológico em Rio Grande”, construída com depoimentos de 52 mulheres que apresentaram alterações no Papanicolau entre janeiro de 2010 e julho de 2011. Realizada análise descritiva a partir das Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero; e do depoimento das mulheres consideradas como tendo conduta inadequada foi feita análise temática. Percebe-se que a linha de cuidado segue diversos rumos, a depender do tipo de lesão, da conduta da mulher, da conduta do profissional e da disponibilidade dos serviços. Este tipo de estudo serve para direcionar o trabalho da enfermagem no sentido de estabelecer uma adequada linha de cuidado.

**DESCRITORES:** Esfregaço vaginal; Neoplasia do Colo do Útero; Saúde da Mulher; Enfermagem; Continuidade da Assistência ao Paciente.

**ABSTRACT:** The objective of this study is to know the line of care covered by women with alterations in their Pap Tests. A qualitative, exploratory study, clipping database survey entitle “Therapeutic Itinerary changes of women with cervical cytology in Rio Grande”, built with testimonies of 52 women who showed alterations in their Pap Tests between January 2010

and July 2011. A descriptive analysis was carried out according to the Policies for the Tracking of Cervical Cancer. Based on testimonials from women who were considered to have gone through an inadequate treatment, a thematic analysis was carried out. It was noticed that the line of care follows different courses depending on the type of injury, woman's conduct, professional's conduct and the availability of the services. This type of study aims to direct the nursing work aiming to establish an effective line of care.

**DESCRIPTORS:** Vaginal Smears; Uterine Cervical Neoplasms; Women's Health; Nursing; Continuity of patient Care.

**RESUMEN:** El objetivo del estudio es conocer la línea de cuidado atravesada por las mujeres con frotis de Papanicolaou anormales. Estudio cualitativo, exploratorio, recorte de la investigación "Itinerario terapéutico de las mujeres con alteraciones en el citopatológico en Río Grande", construida con entrevistas a 52 mujeres que habían tenido una prueba de Papanicolaou anormal, entre enero de 2010 y julio de 2011. Realizado el análisis descriptivo, con la interpretación en conformidad con las Directrices para la Detección del Cáncer Cervical. De los testimonios de las mujeres que fueron consideradas teniendo conducta inadecuada se hizo análisis temático, dando cuenta que la línea sigue instrucciones variadas, dependiendo del tipo de lesión, la conducta de la mujer, la conducta del profesional y la disponibilidad de los servicios. Este tipo de estudios puede ayudar a dirigir el trabajo de enfermería para establecer una línea de atención eficaz.

**DESCRIPTORES:** Frotis vaginal; Neoplasias del Cuello Uterino; Salud de la Mujer; Enfermería; Continuidad de la Atención al Paciente.

## INTRODUÇÃO

Este estudo tem seu foco na continuidade da atenção direcionada à saúde das mulheres que apresentaram alterações no exame Papanicolau, também denominado

citopatológico (CP). Utiliza a referência de linha de cuidado (LC) presente na Portaria 4.279, de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A LC pode ser definida como a combinação entre os recursos e as práticas de produção de saúde, no intuito de superar respostas fragmentadas através de uma ação global dos profissionais envolvidos no cuidado<sup>(1)</sup>.

A LC, frente às necessidades epidemiológicas de maior relevância, deve garantir uma condução oportuna, ágil e singular dos usuários, pelas possibilidades de diagnóstico e terapia<sup>(2)</sup>, tendo como principal objetivo ordenar o fluxo das pessoas, de acordo com suas necessidades individuais.

A ligação da LC à temática abordada neste estudo torna-se relevante, tendo em vista que o câncer de colo do útero (CCU) é o terceiro tumor mais frequente entre as mulheres no mundo e o sétimo no geral. Nos países em desenvolvimento, o CCU é mais incidente, correspondendo, nesses locais, a 13% de todos os cânceres femininos. No Brasil, é o segundo tumor mais comum entre as mulheres, perdendo apenas para o câncer de mama e o terceiro mais frequente em todos os sexos, estando atrás do câncer de próstata e mama respectivamente<sup>(3)</sup>.

Apesar de sua alta incidência e mortalidade, o CCU apresenta-se como sendo um dos cânceres de melhor prognóstico. A razão incidência-mortalidade no Brasil é de 4,2%<sup>(4-6)</sup>. Mas, para um prognóstico favorável, é necessário realizar um processo complexo de rastreamento que implica na aplicação do CP, na identificação dos casos positivos (suspeitos), na confirmação diagnóstica e no tratamento<sup>(7)</sup>.

Para que as ações de rastreamento sejam efetivas, é necessário garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento das alterações, assegurar que as ações sejam de qualidade e monitorar e gerenciar a continuidade das ações implementadas<sup>(8)</sup>. Portanto, não basta apenas



oferecer o exame de rastreamento, torna-se necessário acompanhar e garantir a continuidade da assistência às mulheres que tiverem alterações no exame.

O acesso aos serviços de saúde e as tecnologias disponíveis para triagem e tratamento em determinados países está diretamente relacionada à mortalidade pelo CCU. Isso justifica a elevada incidência desse tipo de câncer em países em desenvolvimento<sup>(9)</sup>.

A fim de nortear as ações dos trabalhadores de saúde às mulheres com alterações cervicais, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) elaborou o guia Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero<sup>(7)</sup>. Esse guia estabelece a LC que as mulheres devem percorrer frente a cada alteração apresentada.

Ao analisar os estudos envolvendo a temática, há o destaque para a dificuldade em efetivar o sistema de referência e contrarreferência<sup>(10)</sup>. A importância de existirem serviços dessa natureza é realçada no estudo desenvolvido em Joinville (SC)<sup>(11)</sup>. Uma investigação realizada com trabalhadores da saúde revelou que estes não têm conhecimento da contrarreferência de usuários com câncer diagnosticados em outras unidades<sup>(12)</sup>. Outro estudo apontou dificuldades na continuação da assistência relativa à falta de comunicação dos serviços e à falta de conhecimento da rede de referência pelos profissionais<sup>(13)</sup>.

Existe uma vasta bibliografia referente à incidência, à prevalência, ao acesso aos serviços de coleta do Papanicolau e à caracterização das mulheres com alterações cervicais, mas pouco tem sido publicado sobre o acompanhamento das mulheres com lesões precursoras do CCU e sobre a LC percorrida pelas mesmas.

Além de conhecer o perfil das mulheres e de efetivar ações de coleta de exames de Papanicolau, é importante garantir a continuidade da assistência à saúde para as mulheres que apresentam alterações e realizar o encaminhamento adequado das mesmas. Visando colaborar com o avanço do conhecimento sobre o assunto, o estudo apresenta a seguinte questão de pesquisa: **Qual a linha de cuidado percorrida pelas mulheres com alterações no exame**

**Papanicolau?** Com isto, apresenta-se o objetivo: **conhecer a linha de cuidados percorrida pelas mulheres com alterações no exame Papanicolau em um município do Rio Grande do Sul.**

## **METODOLOGIA**

Este estudo tem uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Foi realizado a partir de dados oriundos da macropesquisa intitulada “Itinerário terapêutico das mulheres com alterações cervicais no citopatológico em Rio Grande”.

O local de estudo foi o sistema público de atenção à saúde da mulher, de município do Rio Grande do Sul. O mesmo é constituído: pela Atenção Primária, com coleta de CP e encaminhamentos; Atenção Secundária, conformada pelo setor de referência ginecológica que realiza consultas ginecológicas, cauterizações e exames de colposcopia e biópsia; e Atenção terciária, formada por dois hospitais que realizam as cirurgias ginecológicas e o serviço de tratamento oncológico.

No período de janeiro de 2010 a julho de 2011, a rede SUS do município realizou 9.681 exames citopatológicos, sendo que 172 mulheres apresentaram resultados de CP com algum tipo de alteração. Desse quantitativo, o banco de dados foi constituído de 52 mulheres em vista de muitas residirem na área rural ou não possuírem endereço completo no prontuário, ou estes serem considerados como de risco para os coletadores e uma grande parte não ter sido encontrada em duas tentativas diferentes.

As alterações consideradas como significativas no exame citopatológico para constituição do banco de dados foram as seguintes: Células Atípicas de Significado Indeterminado, possivelmente não Neoplásicas (ASC-US); Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL); Células Atípicas de Significado Indeterminado, em que não se pode afastar a lesão de alto grau (ASC-H); Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL); Lesão intraepitelial de alto grau,

não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor; e Adenocarcinoma *in situ* e invasor.

Extraíu-se do banco de dados as respostas aos seguintes questionamentos: Qual foi o resultado do exame citopatológico? Sabe nos dizer se houve alguma alteração? Se resposta positiva, sabe que tipo de alteração foi detectado? Foi à consulta após a realização do exame? Se não, por quê? Qual o encaminhamento do profissional que a atendeu? Após sair da consulta, o que você fez? Realizou o que lhe foi indicado? Se não, por quê? Teve alguma dificuldade para realizar as orientações do profissional que a atendeu? Quais?

Após a ordenação das entrevistas, organização e leitura repetitiva dos dados, foi realizada análise temática, buscando-se as regularidades presentes<sup>(14)</sup>. A interpretação dos achados foi efetuada à luz do Guia de Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, com intuito de se estabelecer a linha de cuidado das mulheres.

Para discutir os dados apresentados, é necessário identificar as Diretrizes do INCA. Conforme essas diretrizes, quando o resultado do Papanicolau apresenta ASC-US, as mulheres devem ser orientadas quanto à periodicidade do exame, sendo que mulheres com mais de 30 anos têm que realizar um novo exame após 6 meses e as mulheres com menos de 30 anos depois de 1 ano; as mulheres com LSIL devem realizar uma nova coleta do Papanicolau em 6 meses; as mulheres com ASC-H, HSIL, HSIL não podendo excluir microinvasão, devem primeiramente ser encaminhadas para o serviço de referência para realização de colposcopia em até três 3 meses após o resultado<sup>(7)</sup>.

A utilização do banco de dados foi autorizada pela coordenadora da macropesquisa, o qual obteve a anuência do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, por meio do Parecer 83/2011. De modo a assegurar o anonimato dos sujeitos, os depoimentos estão identificados pela numeração sequencial da ordem de realização do CP.

## RESULTADOS

Inicialmente, identificou-se o tipo de alteração apresentado no CP de cada sujeito e de posse desses dados, foi construído um mapa da LC percorrida por cada uma dessas mulheres. A partir disso, estabeleceu-se uma correlação dos mapas com a LC recomendada nas Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.

Das 17 mulheres com diagnóstico de ASC-US, 9 foram orientadas a repetir a coleta de CP em 6 meses ou 1 ano, 1 realizou cirurgia, 5 não retornaram para a consulta médica ou não realizaram exames solicitados, 1 não foi buscar o resultado do CP e 1 realizou consulta médica, porém não foi orientada quanto à necessidade de acompanhamento da lesão por meio de novo CP. Dentre as nove mulheres com LSIL, cinco foram orientadas a refazer o CP após um período de seis meses, sendo que 1 dessas mulheres fez colposcopia e cirurgia. Ainda, 3 mulheres não retornaram às consultas médicas ou não realizaram os exames solicitados e 1 realizou consulta médica, mas não foi orientada quanto à periodicidade do CP.

As 7 mulheres com ASC-H foram orientadas a repetir o CP e nenhuma relata ter feito colposcopia. Das 14 mulheres com HSIL, 4 referiram realizar colposcopia; dessas, 1 fez, também, quimioterapia e radioterapia, 1, cauterização e cirurgia e 1 biópsia e cauterização, referindo estar, no momento, aguardando o resultado dos exames. Das 10 restantes, 4 foram orientadas a repetir o CP, 3 não retornaram para a consulta ou não realizaram os exames solicitados, 1 não buscou o resultado do CP na UBS, 1 realizou biópsia e foi encaminhada para consulta com o cirurgião, aguardando, ainda, a marcação da consulta e 1 delas consultou com o ginecologista e foi encaminhada para realização de cirurgia e, após, quimioterapia.

Dentre as 4 com HSIL, não podendo excluir microinvasão, 1 realizou colposcopia e, logo em seguida, quimioterapia e radioterapia, 1 fez colposcopia e biópsia e não retornou para a consulta médica, 2 foram orientadas à nova coleta de CP, 1 ainda aguardando resultado do último exame e outra aguardando o dia para a realização de novo CP. A única mulher que

apresentou diagnóstico de outras neoplasias malignas, realizou nova coleta de CP, colposcopia, biópsia, cirurgia e quimioterapia.

A partir da identificação da LC estabelecida por cada mulher, foi construída uma representação gráfica de visibilidade da rede de atenção disponibilizada para essas mulheres, efetuando a análise no sentido de adequação ou não adequação às orientações do INCA. Para melhor visualização, os dados foram dispostos na Tabela 1:

Tabela 1: Resultado dos exames de Papanicolau em relação ao tratamento realizado. Rio Grande, RS, Brasil. 2010-2011. N= 52.

Resultado do exame	Nº de exames (%)	Conduta adequada	Conduta inadequada	Aguarda conduta
ASC-US	<b>17 (32,69%)</b>	10	07	00
LSIL	<b>09 (17,31%)</b>	05	04	00
ASC-H	<b>07 (13,47%)</b>	00	07	00
HSIL	<b>14 (26,92%)</b>	03	08	03
HSIL, não podendo excluir microinvasão	<b>04 (7,69%)</b>	01	03	00
Outras neoplasias malignas	<b>01 (1,92)</b>	01	00	00
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100%)</b>	20 (38,46%)	29(55,77%)	03(5,77%)

Observa-se, a partir da tabela, que o maior percentual de mulheres não realizou o tratamento adequadamente, conforme preconizado nas diretrizes do INCA.

Os depoimentos das 29 mulheres que não obtiveram a sequência da LC direcionada pelo INCA, foram alvo de uma análise temática, a partir da qual foram estabelecidas duas categorias: a conduta inadequada como responsabilidade da mulher e a conduta inadequada direcionada pelo profissional. A tabela a seguir caracteriza as alterações encontradas de acordo com as categorias elencadas:

Tabela 2: Resultado dos exames de Papanicolau em relação ao tratamento inadequado. Rio Grande, RS, Brasil. 2010-2011. N= 29

Resultado do exame	A conduta inadequada como responsabilidade da mulher	A conduta inadequada direcionada pelo profissional
ASC-US	06	01
LSIL	03	01
ASC-H	00	07
HSIL	04	04
HSIL, não podendo excluir micro-invasão	01	02
Outras neoplasias malignas	00	00
<b>TOTAL</b>	<b>14(48,28%)</b>	<b>15(51,72%)</b>

### **A conduta inadequada como responsabilidade da mulher**

Das 29 mulheres que não realizaram o tratamento adequadamente, 14 estão inseridas nessa categoria. Percebeu-se, por meio das entrevistas, que 2 mulheres não compareceram à unidade de saúde para buscar o resultado do CP. Ao serem questionadas acerca do conhecimento do resultado do exame, verbalizavam essa questão: *Acho que não, eu nem fui ver o resultado, não voltei mais para ver (...) Até me esqueci de ir, não sinto nada, e depois começou as aulas e não fui mais, esqueci (...)* (E 24 – ASC-US). *Ah! Não sei te dizer, não cheguei nem a ver o resultado.* (E 17- HSIL)

Outra questão importante refere-se ao não retorno à consulta médica por parte das outras 12 mulheres que tiveram acesso ao resultado do exame. Algumas compareceram à primeira consulta, porém, não retornaram no período estipulado pelo profissional. *Não cheguei a realizar outro exame. Tenho o resultado em casa, só aqui ela viu o resultado, mas aí ela ficou de me encaminhar para lá, mas tinha que esperar 45 dias após o parto para poder mexer de novo. Aí no fim, foi indo, foi ficando, nunca deu dia. Na correria também não procurei* (E 27- ASC-US). *Aí que deu a alteração, aí eu já relaxei (...). Devia fazer e eu não fiz, aí eu relaxei, aí eu não fiz. Eu fiquei naquela, esperando, esperando* (E 16- LSIL).

### **A conduta inadequada direcionada pelo profissional**

Esta categoria foi constituída a partir da análise da LC percorrida pelas mulheres em comparação com as diretrizes clínicas do INCA. Pode-se observar que 15 mulheres não realizaram o percurso indicado nessas diretrizes por problemas relacionados aos profissionais.

Das mulheres elencadas nessa categoria, 1 teve o resultado de ASC-US e 1 LSIL, ambas não sendo orientadas quanto à necessidade de retorno seis meses após para realizarem nova coleta de CP; 7 mulheres apresentaram exame em que foi constatada ASC-H, e nesse caso, todas foram orientadas a repetir o CP.

Ainda, outras 4 mulheres entrevistadas apresentaram resultado compatível com HSIL e 2 com HSIL não podendo excluir microinvasão, todas tendo sido orientadas a repetir o CP, porém, não relatando realização de colposcopia.

## **DISCUSSÃO**

Ao analisar os resultados e perceber-se que metade das mulheres teve como diagnóstico ASC-US e LSIL, que são consideradas alterações iniciais e têm grande prognóstico de cura, e as restantes foram diagnosticadas com lesões mais avançadas. Infere-se que não houve diagnóstico precoce para um número considerável de mulheres. Esse dado é preocupante e pode estar acontecendo pelo fato de as mesmas não realizarem o CP rotineiramente, fazendo com que esse protelamento do exame concorra para a detecção de lesões mais avançadas.

Esse resultado, quando comparado a outras investigações, é alarmante. Um estudo retrospectivo realizado em 832 prontuários de mulheres com alterações no CP, no município de Goiânia (GO), revelou que 72,7% das alterações apresentadas no exame eram ASC-US e LSIL, 25,4% tiveram ASC-H/AGC, HSIL e carcinoma invasor e 1,9% apresentou células glandulares atípicas e adenocarcinoma *in situ*<sup>(15)</sup>.

Já no estudo realizado em Maceió (AL), no ano de 2007, em 253 prontuários, o número de lesões de alto grau foi bem maior. De 23,7% das mulheres que apresentavam lesões intraepiteliais, 26,7% tinha LSIL e 73,3% HSIL<sup>(16)</sup>.

Ao visualizar os dados apresentados na Tabela 2, percebe-se que a minoria das mulheres investigadas realizou o tratamento conforme as orientações do INCA. Esse fato é mais assustador nas mulheres com lesões mais avançadas, pois se observou que as mulheres com esse diagnóstico foram mal orientadas pelo profissional e não estabeleceram a LC adequada.

Esse dado nos faz pensar que os profissionais não conhecem a conduta recomendada para as mulheres com lesões mais avançadas, em especial aquelas que apresentam resultado de ASC-H. Ainda, poder-se-ia pensar que não há disponibilidade de um serviço para a realização de colposcopia. Porém, no município em questão, existe um serviço de referência em ginecologia, o qual presta esse tipo de atendimento. Então, os profissionais podem estar

mal informados, ou não terem conhecimento da existência desse serviço, apesar de não se ter bases reais para afirmar ou refutar tal possibilidade.

Pode-se observar que isso é uma realidade encontrada em muitos locais. Uma investigação no município de Goiânia (GO) revelou que 30% dos prontuários de mulheres diagnosticadas com ASC-H/AGC e HSIL não possuíam informações sobre a realização de colposcopia ou de histopatológico, sugerindo que essas mulheres não tenham realizado tais exames<sup>(15)</sup>.

Ressaltamos que essas lesões podem evoluir para o CCU; então, o profissional tem a obrigação de realizar o tratamento adequadamente conforme as diretrizes do INCA e orientar quanto à importância da realização de exames e do acompanhamento da evolução dessas lesões.

Em relação às mulheres que aguardavam o desfecho do caso, ao pensar que as entrevistas foram realizadas com o mínimo de seis meses após a coleta do CP, poder-se-ia dizer que as mesmas não tiveram a LC adequada, uma vez que estão aguardando tempo demasiado para resolver seu problema de saúde. Além do mais, essas lesões tendem a evoluir ao longo do tempo, somando-se a isso o fato de que as mulheres podem sentir-se angustiadas pela falta de resolutividade do seu problema de saúde.

A primeira categoria elencada no estudo mostrou a razão de muitas mulheres terem o tratamento considerado como inadequado, despontando, principalmente, o fato de algumas sequer terem retornado ao serviço para buscar o resultado do exame.

Para efetivar as ações de prevenção do CCU, é necessário que as mulheres sejam ativas nas condutas. Acredita-se que a participação do usuário dos serviços de saúde seja essencial quando se fala em promoção da saúde e prevenção de doenças.

Através desse dado pode-se presumir que as mulheres não são partícipes do seu cuidado e não percebem a importância do CP, tendo em vista que não retornaram para buscar



o exame. Com isso, é de se questionar a falta de orientações prestadas pelos profissionais de saúde e a desinformação das mulheres. Se tivessem conhecimento sobre o CCU e suas formas de prevenção, esquecer-se-iam de buscar o resultado do exame?

Ainda, outra explicação para o descaso apresentado com sua própria saúde, é que elas são responsáveis por diversas atividades, como trabalho de casa, emprego, cuidado com os filhos, entre outros. Isso pode fazer com que se esqueçam de seu autocuidado, sendo consumidas pela rotina diária, sua saúde ficando em segundo plano.

Esse tipo de achado não é algo incomum na realidade brasileira. Algumas pesquisas tiveram resultados semelhantes, como a realizada no município de Igarapava (SP), revelando que 6,3% das mulheres investigadas não retornaram ao serviço de saúde para receber o resultado do exame<sup>(17)</sup>. Também, a pesquisa realizada com mulheres que fizeram o Papanicolau em uma unidade de saúde em Fortaleza mostrou 5,2% das investigadas não retornando para buscar o resultado do exame, despontando motivos pessoais para tal, como mudança de endereço e descuido<sup>(18)</sup>.

É importante salientar que os sujeitos deste estudo possuem algum tipo de alteração no exame e, por isso, as unidades de saúde deveriam realizar uma busca ativa a essas mulheres, tendo em vista o fato de que essas lesões são precursoras do CCU. A identificação das faltosas, a reconvocação, a vigilância dos casos com encaminhamentos para confirmação de diagnóstico e tratamento, e o fechamento dos casos são algumas das atividades de prevenção do CCU que a equipe de saúde é responsável<sup>(7)</sup>.

Muitos podem pensar que isso seria assistencialismo, porém, em casos de problemáticas graves como a possibilidade de um CCU, os profissionais não podem deter-se a esse tipo de pensamento, necessitando ter um olhar abrangente e entender que têm um compromisso com a saúde pública. A partir do momento em que se é conhecedor de uma situação que necessita de intervenção, não pode se omitir e esperar que as mulheres procurem

a continuidade da atenção, uma vez que elas, provavelmente, não têm a compreensão da gravidade de sua situação.

Outro aspecto, ainda ligado à própria mulher, retrata-se no não retorno à consulta médica após ter em mãos o resultado do exame, e a não realização das revisões periódicas conforme estipulado pelo profissional. Esse dado revela que a LC foi interrompida, uma vez que essas mulheres deixaram de realizar a continuidade do tratamento. Novamente se reitera que os profissionais de saúde deveriam realizar acompanhamento dos casos através da busca ativa. Tendo em vista que a LC pressupõe a superação de respostas fragmentadas, sua implantação deve ser dada a partir da APS, que tem como tarefa a coordenação do cuidado e o ordenamento da rede<sup>(1)</sup>.

Um estudo realizado em prontuários de mulheres com diagnóstico de HSIL revelou que 29,4% das mulheres não aderiram ao tratamento, sendo apontados como determinantes de não aderência fatores individuais, como estilo de vida e tabagismo, e fatores organizacionais<sup>(19)</sup>.

Em outra investigação<sup>(18)</sup>, 8,17% das mulheres que buscaram o resultado do Papanicolau na unidade básica, disseram não ter mostrado o exame a nenhum profissional, por esquecimento, necessidade de trabalho e não conhecimento; e por falta de médico na unidade e atraso no recebimento do resultado.

Uma das categorias que mais causou preocupação foi a da conduta inadequada motivada pelo profissional. A principal deficiência do sistema está relacionada às orientações quanto ao acompanhamento da evolução da lesão através do CP e a falta de encaminhamento para realização de colposcopia, em alguns casos. Com isso, questionam-se os motivos que ocasionam esse tipo de problema? Por que o protocolo do INCA não está sendo seguido? Será por desconhecimento dos profissionais? Cabe salientar que a LC deve ser guiada pelas

Diretrizes Clínicas (DC) de saúde, que são orientações que irão estipular as decisões assistenciais<sup>(1)</sup>.

Igualmente, encontrou-se o resultado de uma investigação<sup>(15)</sup>, constatando encaminhamentos inadequados realizados pelos profissionais da saúde. Os autores mostram que há uma grande demanda de procedimentos desnecessários, motivada por 72,7% dos encaminhamentos à unidade de média complexidade, que não estão de acordo com as recomendações do MS.

Ao alcançar este momento de discussão, cabe ressaltar que a análise efetuada foi embasada em depoimentos das usuárias e que, por isso, precisa ser relativizada, uma vez que estas podem ter realizado o tratamento adequado como, por exemplo, serem submetidas à colposcopia e não relatarem isso nas entrevistas, por falta de conhecimento, imaginando que o procedimento tratava-se de um exame especular normal, de rotina. Assim como é preciso considerar a individualidade de cada mulher, que deve ser avaliada clinicamente. Em alguns dos casos, pode ter acontecido que o profissional tenha optado por direcionar o tratamento em um sentido diferente da LC estabelecida pelo INCA devido à avaliação individual realizada na mulher.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os dados apresentados demonstram que a LC das mulheres com alterações no CP segue diversos rumos, a depender do tipo de lesão apresentada, da sua própria conduta, da conduta do profissional que realiza o atendimento e da disponibilidade dos serviços na rede de atenção. No entanto, na maioria das vezes, a LC não segue as orientações do INCA.

Considera-se que a rede de atenção primária precisa dar continuidade na atenção, realizar um acompanhamento das mulheres com alterações no citopatológico, no intuito de fazer com que as mesmas comecem e sigam o tratamento de forma adequada.

Acredita-se que uma forma de apoio para a efetivação desse acompanhamento seja a criação de uma rede informatizada, com prontuário eletrônico, no qual o profissional consiga acompanhar o tratamento realizado para essa mulher em todos os níveis de assistência. Assim como poderia ser estruturado um programa computacional que emitisse um aviso ao profissional quanto à próxima etapa da LC a ser seguida e, com isso, facilitasse a busca ativa das mulheres.

Os achados deste estudo parecem demonstrativos de condutas inadequadas e que podem ser motivadas por falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde. Porém, percebe-se a necessidade de desenvolver uma investigação que avalie o conhecimento dos profissionais da saúde acerca das diretrizes do INCA, de forma a que se possa investir em capacitações, se essas se mostrarem realmente necessárias.

Considera-se que a enfermagem pode utilizar essa necessidade posta como espaço de trabalho, assim, colaborando efetivamente com a saúde das mulheres e se afirmando como profissional capacitado e preparado na efetivação da LC, necessária para assegurar uma conduta adequada que promova um acompanhamento eficaz.

## **REFERÊNCIAS**

- 1- Portaria n. 4279 de 30 de dezembro de 2010, Ministério da Saúde (BR). Estabelece Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 2- Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*. 2010; 14(34): 593-605.
- 3- World Health Organization (WHO). International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008. Lyon, 2008. [acesso em: 30 dez 2011]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>

- 4- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama; 2006.
- 5- Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Atenção à Saúde. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): 2006.
- 6- Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): 2011.
- 7- Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do câncer de colo do útero. [internet]. 2010 Abril [acesso em: 2011]. Disponível em:  
[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site%20/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site%20/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/)
- 8- Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional De Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro (RJ): 2011.
- 9- Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, Lozano R, Lopez AD, Murray CJL et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. The Lancet. 2011; 378 Pt 9801: 1461-84.
- 10- Maia AAA, Melo EH, Santos JCV, Carvalho LCR, Saborido TKAA. Câncer de colo de útero: organização e análise do cuidado em rede no município de Garanhuns. J Manag Prim Health Care. 2011; 2(2):30-35.
- 11- Scheidt MB, Richter EG, Silva JC, Scheidt JB, Poletto F, Obara HRO. Impacto do serviço de patologia na prevalência do câncer de colo uterino em saúde pública. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2010;39 (2):30-6.
- 12- Simino GPR, Santos CB, Mishima SM. Follow-up of Cancer Patients by Family Health Workers. Rev. Latino-Am. Enfermagem set/out 2010; 18(5):856-63.

- 13- Marinho CCC; Conceição CS, Santos MLMF, Carvalho SM, Menezes TMO, Guimarães EP. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)vendo o tecer dos fios. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011 jul/set; 35(3):619-633.
- 14- Minayo MCDS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 10ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- 15- Albuquerque ZBP, Manrique EJC, Tavares SBN, Souza ACS, Guimarães JV, Amara RG. Mulheres com atipias, lesões precursoras e invasivas do colo do útero: condutas segundo as recomendações do Ministério da Saúde. *Rev. bras. ginecol obstet*. 2012; 34(6):258-3.
- 16- Costa RF, Barros SMO. Prevalência de lesões intraepiteliais em atipias de significado indeterminado em um serviço público de referência para neoplasias cervicais. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(3):400-6.
- 17- Soares MBO, Silva SR. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino. *Rev. bras. Enferm*. 2010; 63(2):177-82.
- 18- Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB, Castelo ARP, Costa LQ, Oliveira RG. Knowledge, Attitude and Practice Related to the Pap Smear Test Among Users of a Primary Health Unit. *Rev. lat-am. enferm*. jan/fev 2011; 19(1): 97-105.
- 19- Nascimento MI, Koifman RJ, Mattos IE, Monteiro GTR. Preditores de não aderência ao seguimento preconizado para mulheres com lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL). *Saúde Soc*. 2009; 18(2):325-333.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apresentados e discutidos neste estudo, foi possível analisar a LC percorrida pelas mulheres que apresentam alterações significativas no exame Papanicolau, no município do Rio Grande/RS.

Conforme o relato das mulheres, o início da LC, com a sua entrada no sistema de saúde através da coleta do exame Papanicolau, encontra-se facilitado, já que a maioria realizou o exame na unidade de saúde mais próxima da sua casa e não relatou dificuldades para a sua realização.

A coleta desse exame apareceu fortemente vinculada à solicitação do profissional de saúde, o que reflete a não percepção das mulheres sobre a necessidade de realização periódica do Papanicolau.

A maioria das mulheres relatou dificuldades para a marcação da consulta de retorno após o recebimento do resultado do exame. Nesse ponto, pode-se dizer que o seguimento da LC encontra-se prejudicado, o que compromete a assistência integral, uma vez que algumas mulheres, ao esbarrarem nesse tipo de problemática, podem desistir do tratamento.

Ao comparar a LC estabelecida pelas mulheres com as diretrizes do INCA, fica claro que a maioria não teve uma sequência adequada. A LC percorrida por cada mulher é muito variável, porque depende do tipo de lesão apresentada; porém, neste estudo, esteve, também, na dependência da conduta da mulher, da conduta do profissional que forneceu o atendimento e da disponibilidade dos serviços da rede de atenção.

No que se refere à conduta da mulher, os aspectos que despontaram ativeram-se ao não comparecimento na unidade de saúde para buscar o resultado do exame, a ausência na consulta de retorno ou à não realização dos exames complementares solicitados pelos profissionais da saúde.

No que diz respeito aos profissionais da saúde, percebeu-se algumas condutas seguindo uma LC fora das orientações do INCA, dentre as quais, principalmente, a não solicitação do exame de colposcopia em casos considerados necessários.

A disponibilidade da rede de atenção, algumas vezes, dificultou o percurso da LC, uma vez que as mulheres relataram dificuldades na marcação de consulta de retorno, a existência de filas para agendamento e a demora no recebimento de resultado de exames. Um sistema de saúde no qual há uma demora para a resolução de problemas pode deixar a mulher descrente, angustiada e contribuir para a desistência do tratamento.

Um viés deste estudo refere-se ao fato de terem sido utilizados apenas os depoimentos das mulheres com alterações cervicais, não sendo analisados os prontuários das mesmas. Assim, pode acontecer que algum exame ou tratamento tenha sido prescrito e elas, não o tenham relatado no momento da entrevista por esquecimento ou até mesmo desconhecimento do caso.

Ainda, é preciso levar em consideração que o profissional, ao realizar uma consulta, alia a avaliação dos exames laboratoriais com a avaliação clínica e, por isso, a conduta frente a cada alteração sofre alterações conforme a avaliação clínica individual de cada mulher e, portanto, haverá diferentes linhas de cuidado.

Uma limitação do estudo foi o grande número de mulheres que não se conseguiu localizar nas residências, fazendo com que o número de sujeitos ficasse extremamente reduzido em vista do número total de exames alterados.

Com isso, percebe-se que não basta apenas garantir a coleta de material no exame Papanicolau para efetuar o acesso aos serviços de saúde. É fundamental que a mulher, ao acessar os serviços de saúde, tenha assegurada a resolução de seus problemas. E, no caso das mulheres sujeitos deste estudo, isso se faz imprescindível, uma vez que elas apresentaram alterações no exame e, portanto, necessitavam de resolução para o problema, uma vez que as lesões cervicais tendem a evoluir ao longo do tempo.

Então, torna-se necessário, para a efetivação da LC, um acompanhamento das mulheres com alterações no exame Papanicolau, pela Unidade Básica de Saúde. Esse acompanhamento pode ser realizado através de uma busca ativa dos casos, com visitas domiciliares. Outro fator que pode facilitar o acompanhamento dos casos é a implementação do prontuário eletrônico e a efetivação do serviço de referência e contrarreferência. São ações que a enfermagem deve estar inserida, uma vez que tem responsabilidade com a produção do cuidado à essas mulheres.

Estas são possibilidades pensadas no momento, para a realidade apresentada em relação à situação da atenção recebida pelas mulheres rio-grandinas com alterações cervicais. Outras possibilidades podem ser pensadas, a partir dos diversos olhares que sejam debruçados sobre os dados. O importante é que eles estão postos no papel e disponíveis para análise dos profissionais e gestores, no sentido de dar visibilidade a uma pequena parcela do funcionamento do sistema de saúde.



## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Z.B.P. et al. Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.13, n.2, p.239-49, 2011.

ALBUQUERQUE, Z.B.P. et al. Mulheres com atipias, lesões precursoras e invasivas do colo do útero: condutas segundo as recomendações do Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.34, n.6, p.247-53, 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei 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. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de ética em pesquisa. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006b.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer – (INCA). **Intervenções de enfermagem no controle do câncer**. In: Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. / Instituto Nacional de Câncer. – 3ª. edição rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - **DATASUS**. 2009a. Disponível em:  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/c10.def>  
[Acesso em: 25 de outubro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer – Inca. ). **Estimativa câncer no Brasil**. 2009c. Disponível em: [www.inca.gov.br]. Acesso em 25 de outubro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2010a.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer – (INCA). **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2010b.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer – (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil** Rio de Janeiro : Inca, 2011a.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer – (INCA). **Programa nacional de controle do câncer de colo do útero** [Internet]. Versão revista e ampliada do Programa Viva Mulher, desmembrado em Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (INCA, 2010), elaborado pela Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica em abril de 2011b. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site%20/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site%20/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/)

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer – (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011c.

BIDUS, M.A.; ELKAS, J.C. **Câncer Cervical e Vaginal**. In: BEREK E NOVAK. Tratado de ginecologia. 14 edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

CABRAL, A.L.L.V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v.16, n.11, p. 4433-42, 2011.

CANIDO, R.E. et al. Avaliação do programa de prevenção do câncer do colo uterino e de mama no município de Paranapanema, Estado de São Paulo, Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 375-383, 2007.

CASARIN, M.R.; PICCOLI, J.C.E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Online], v. 16, n.9, p.3925-32, 2011.

CONCEIÇÃO, J.C.J.; SILVEIRA, C.M.G.; BANDEIRA, D. **Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais e Câncer do Colo do Útero**. In: CONCEIÇÃO, J.C.J. Ginecologia Fundamental. Atheneu, 2005.

CORRÊA, A.C.P. et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.32, n. 3, p.451-7, 2011.

COSTA, R.F.; BARROS, S.M.O. Prevalência de lesões intraepiteliais em atipias de significado indeterminado em um serviço público de referência para neoplasias cervicais. **Acta Paulista de Enfermagem**, [Online], v. 24, n. 3, p.400-6, 2011.

DIÓGENES, M.A.R. et al. Barreiras a realização periódica do papanicolau: estudo com mulheres de uma cidade do nordeste do Brasil. **Revista de APS**, Juiz de Fora (MG), v.14, n.1, p.12-18, 2011.

FEKETE, M. C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 1997.

FERREIRA, M. L. S.M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolau segundo a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [Online], v. 13, n. 2, p. 378-84, 2009.

FREITAS, R.A.P. et al. Prevalência das lesões neoplásicas do colo de útero: resultados de rastreamento citológico realizado em campinas, São Paulo, Brasil. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas (SP), v. 15, n.4, p. 307-314, 2006.

FOROUZANFAR, M.H. et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. **The Lancet**, v. 378, n. 9801, p. 1461-84, 2011.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v. 22, n.11, p. 2449-63, 2006.

GREENWOOD, S.A.; MACHADO, M.F.A.S.; SAMPAIO, N.M.V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v.14 n.4, p.503-9, 2006.

GOMES, L. M. et al. Exame de papanicolaou: fatores que influenciam as mulheres a não receberem o resultado. **Revista eletrônica enfermería global**, [Online], v.09, n.3,11 telas, 2010.

HUH, J.; BRISTOW, R.; TRIMBLE, C.L. **Neoplasia Intraepitelial Cervical**. In: BANKOWSKI, B.J; HEARNE, A.E; LAMBROU, N.C; FOX, H.E; WALLACH, E.E. Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006.

**INDICADORES DO ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS- ID SUS**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1080](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080) em 19-04-12

JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Online], v. 15, n. 1, p. 161-70, 2010.

KUNDE, V. L., BIGHETTI, T. I. Atípias no resultado do pré-câncer de colo de útero no Pronto Atendimento 24h do município de Canguçu-RS. **Revista enfermagem e saúde**, Pelotas (RS), v. 1, n.1, p. 139-46, 2011.

MAIA, A.A.A. et al. Câncer de colo de útero: organização e análise do cuidado em rede no município de Garanhuns-PE. **Journal of Management and Primary Health Care**, [Online], v.2, n. 2, p. 30-5, 2011.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP) [Online], v.14, n.34, p.593-605, 2010.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo (SP), v. 19, n. 3, p. 176-182, 2008.

MARINHO, C.C.C. et al. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado:(vi)vendo o tecer dos fios. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.3, p.619-633, 2011.

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

MELO, S.C.C.S.et al. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 30, n.4, p.602-8, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª edição. São Paulo. Hucitec: 2007.

NASCIMENTO, M.I. et al. Preditores de não Aderência ao Seguimento Preconizado para Mulheres com Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (HSIL). **Saúde e Sociedade**, São Paulo(SP), v.18, n.2, p.325-333, 2009.

NASCIMENTO, M.S.S. et al. Motivos que levaram as mulheres cadastradas no PSF Escola a faltarem ao exame Papanicolau no município de Passos (MG). **Ciência et Praxis**, v.3, n.5, p.17-25, 2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Intervenções dirigidas às mulheres para incentivar a opção de rastreio do colo do útero**. Comentário por RHL Germar MJV. Disponível em:

<http://apps.who.int/rhl/gynaecology/cancer/mjgcom/es/index.html>. Acessado em: 17-12-2011

Organización Panamericana de la Salud (OPAS). **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington, D.C.: OPS, 2010.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília, 2011.

PESSINI, S.A. et al. **Neoplasias Intra-epiteliais: Endométrio, Colo Uterino, Vagina e Vulva**. Cap. 32. In: SILVEIRA, G.P.G. Ginecologia baseada em evidências. 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 2008.

PINTO, H.A. Linhas de cuidado na Bahia: Um conceito em viva construção. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.1, p. 22-34, 2009.

POPE, C.; MAYS, N. **Métodos qualitativos na pesquisa em saúde**. In: POPE, C; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2 edição. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RIBEIRO, M.G.M.; SANTOS, S.M.R.; TEIXEIRA, M.T.B. Itinerário Terapêutico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero: uma Abordagem Focada na Prevenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.57, n.4, p.483-91, 2011.

RISSO, B.B.S.; SOARES, M.C.. Avaliação dos registros do exame citopatológico em uma unidade básica de saúde em Rio Grande-RS. **Revista enfermagem e saúde**, Pelotas(RS), v. 1, n.1, p.84-90, 2011.

RIVOIRE, W.A. et al. **Carcinoma invasor de colo uterino**. In: FREITAS, F et al. Rotinas em ginecologia. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006a.

RIVOIRE, W. A et al. **A lesão intraepitelial no colo uterino**. In: FREITAS, F et al. Rotinas em ginecologia. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006b.

ROTOI, A. **Trajetórias terapêuticas e redes sociais de pacientes portadores de câncer: assimetrias no atendimento na região noroeste do RS**. Dissertação de Mestrado, 2007. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/11265> -

SANTOS, A.S.; CUBAS, M.R. **Refletindo sobre Linhas de Cuidados e a Consulta de Enfermagem**. In: SANTOS, A.S; CUBAS, M.R. Saúde coletiva: linhas de cuidado e consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SANTOS, A.S. **Concepções sobre linhas de cuidados**. In: SANTOS, A.S; CUBAS, M.R. Saúde coletiva: linhas de cuidado e consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SCHEIDT, M.B.et al. Impacto do serviço de patologia na prevalência do câncer de colo uterino em saúde pública. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 39, n.2, p. 30-36, 2010.

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE (SIM)**. Rio Grande-RS. Dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde em abril de 2012.

SIMINO, G.P.R.; SANTOS, C.B.; MISHIMA, S.M. Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores da saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n5, 09 telas, 2010.

SIMINO, G.P.R. **Acompanhamento dos usuários com câncer e seus cuidadores por trabalhadores de equipes da saúde da família: possibilidades e desafios**. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto, 2009.

SISSON, M.C. et al. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. **Interface comunicação saúde educação**, v.15, n.36, p.123-36, 2011.

SOARES, M.C. et al. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n.1, p. 90-96, 2010.

SOARES, M.C. et al. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 32, n.3, p.502-8, 2011.

SOARES, M.B.O.; SILVA, S.R. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 63, n.2, p.177-82, 2010.

TORRES, M.E.A.; RIBEIRO, P.M.; MACHADO, C.J. Vai lá, tira a roupa... e... pronto...": o acesso a consultas ginecológicas em Belo Horizonte, MG. **Revista Brasileira de estudos de população**, São Paulo(SP), v.25, n.1, p. 49-69, 2008.

VASCONCELOS, C.T.M. et al. Conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n1, 09 telas, 2011.

VIEIRA, W.R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha , Minas Gerais** Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte: 2010. 123f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. **Globocan** 2008. Lyon, 2008. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>. Acesso em 30-12-11

**ANEXO A – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DAS MULHERES COM  
ALTERAÇÕES NO EXAME CITOPATOLÓGICO, CONFORME  
RECOMENDAÇÃO DO INCA (BRASIL, 2011c).**

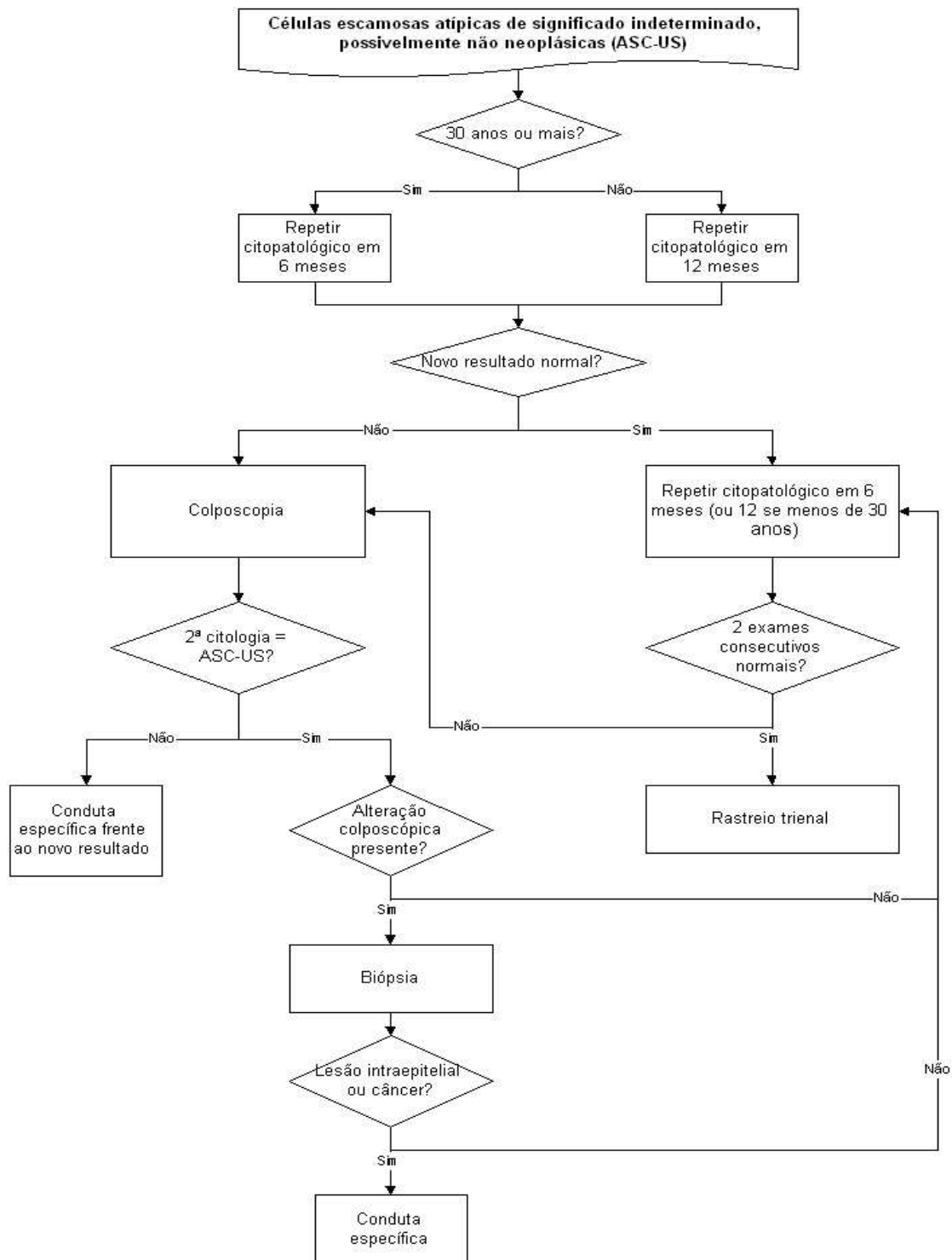


Figura 2 – Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnóstico citopatológico de ASC-US. (BRASIL, 2011c, p.42)

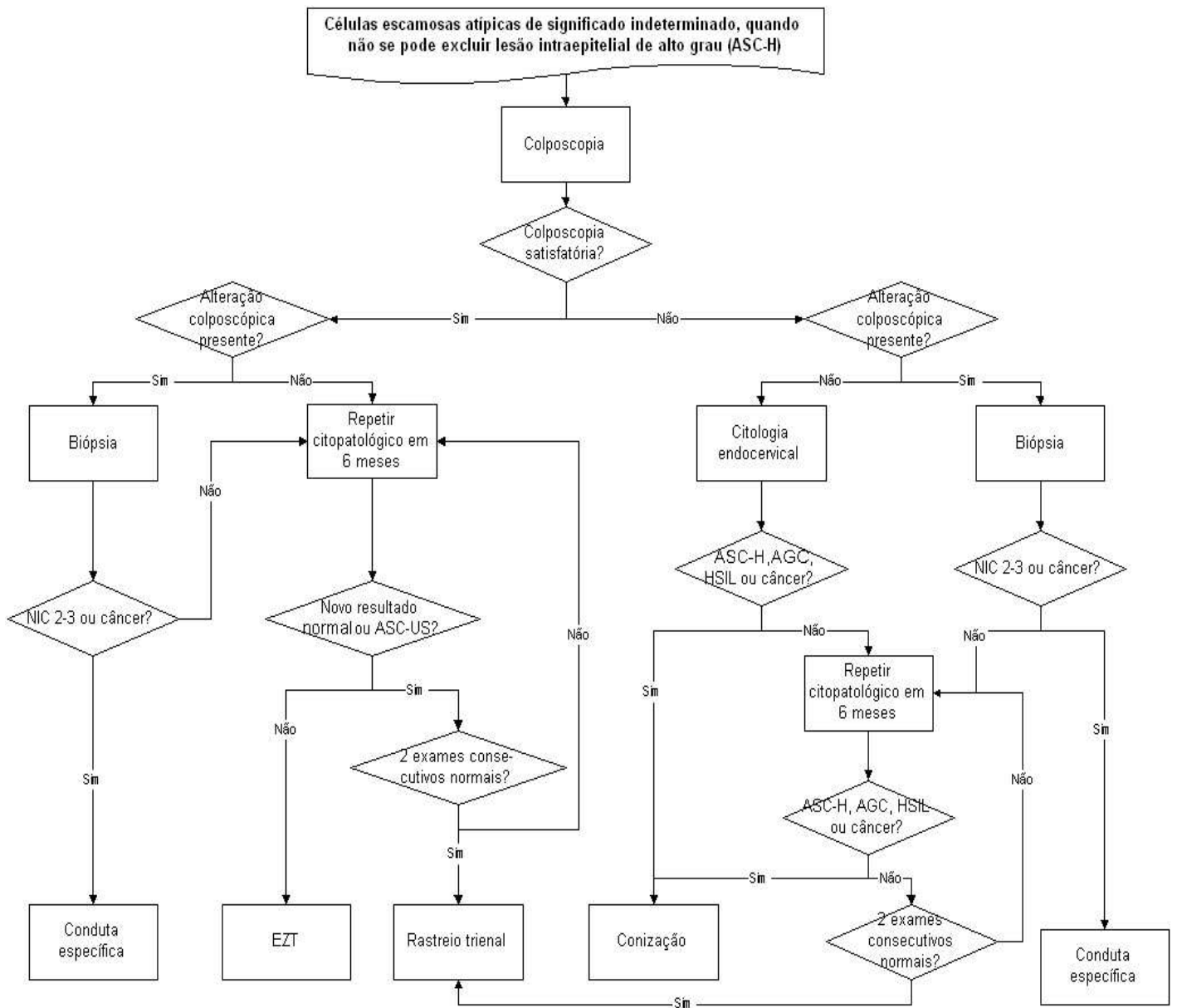


Figura 3 – Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnóstico citopatológico de ASC-H. (BRASIL, 2011c, p.46)



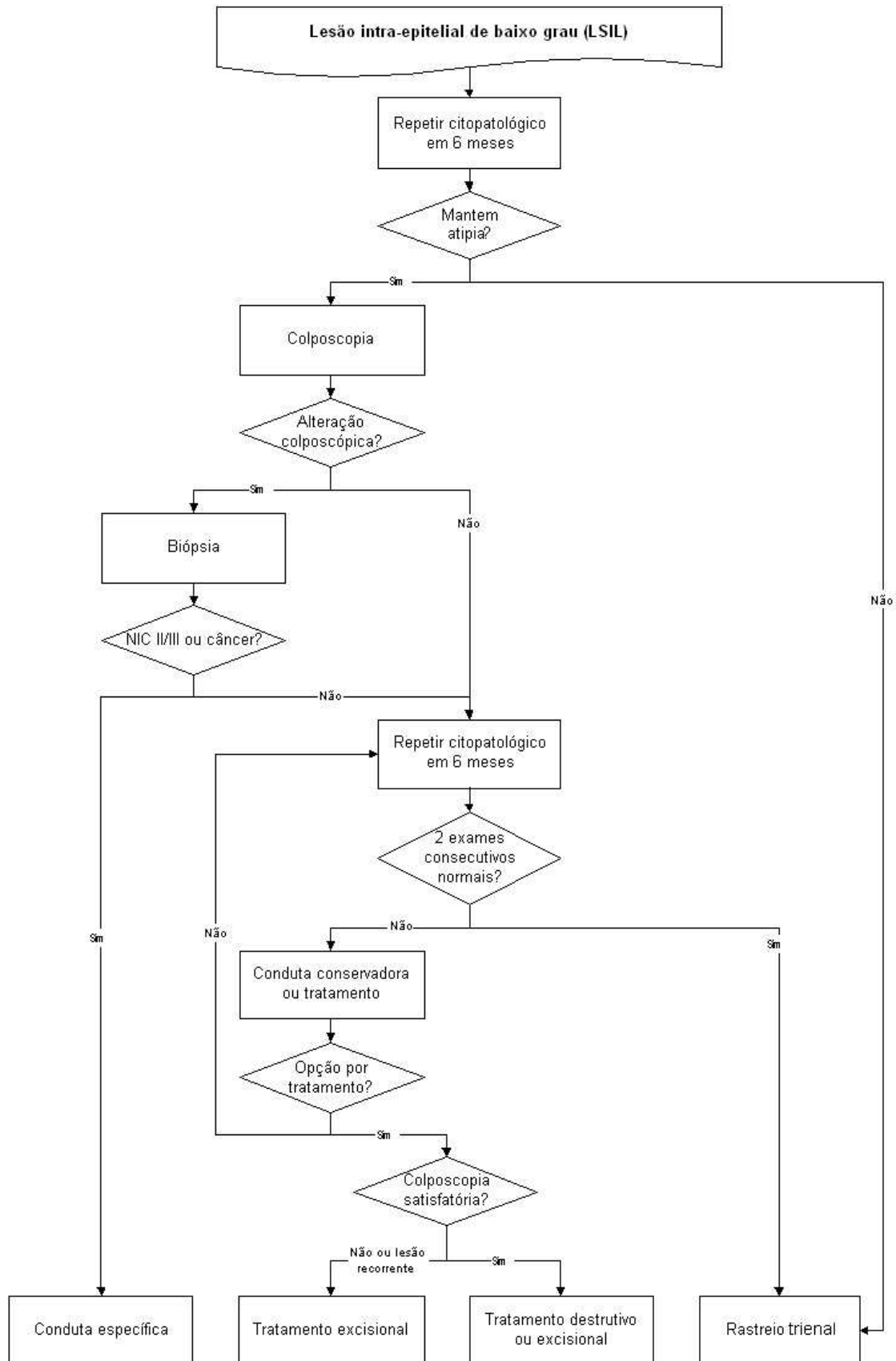


Figura 6 – Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnóstico citopatológico de LSIL. (BRASIL, 2011c, p.65)

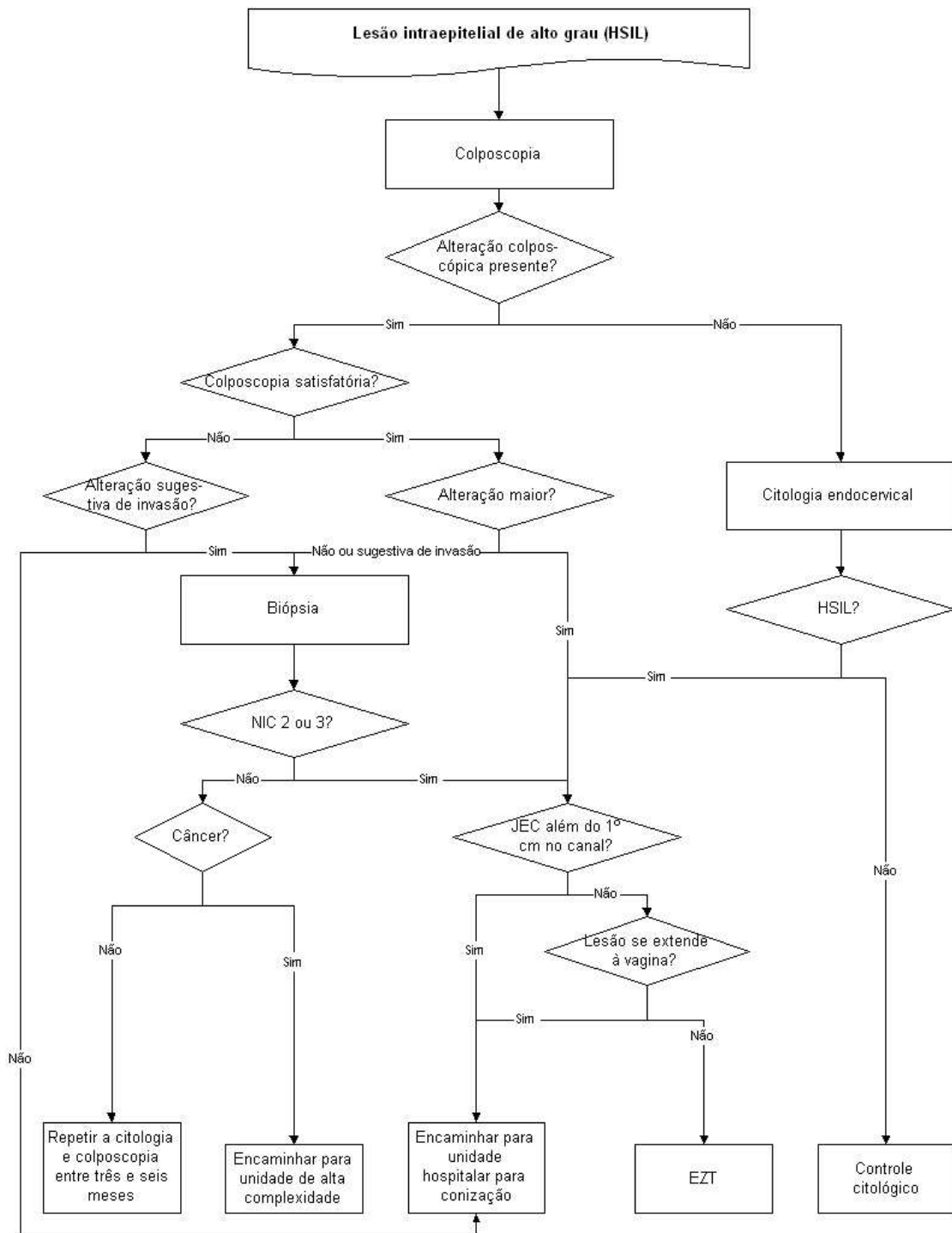


Figura 8 – Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnóstico citopatológico de HSIL. (BRASIL, 2011c, p.75)

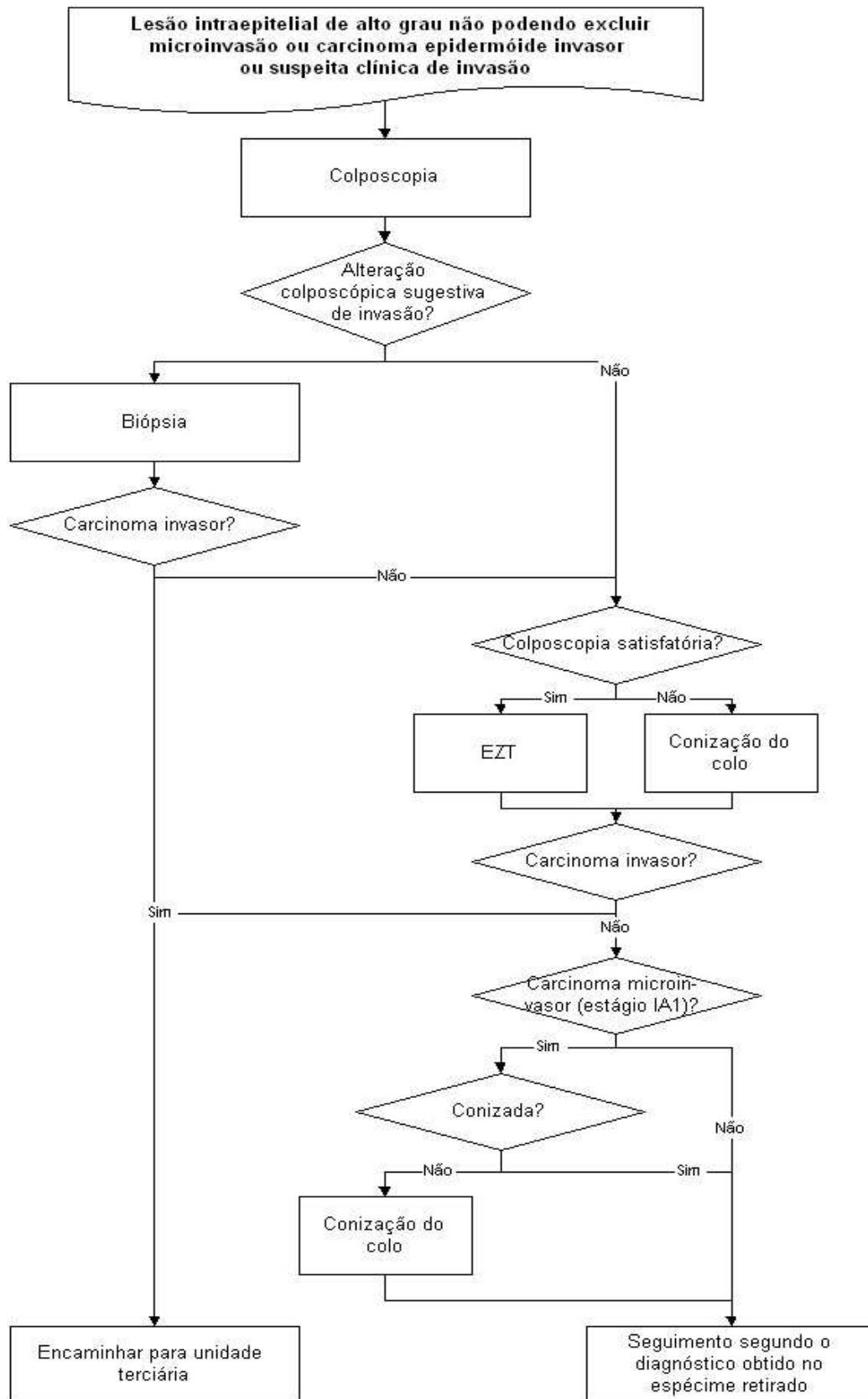


Figura 10 - Condutas recomendadas para as pacientes com lesões de alto grau, não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor, ou, ainda, com suspeita clínica de invasão. (BRASIL, 2011c, p.88)

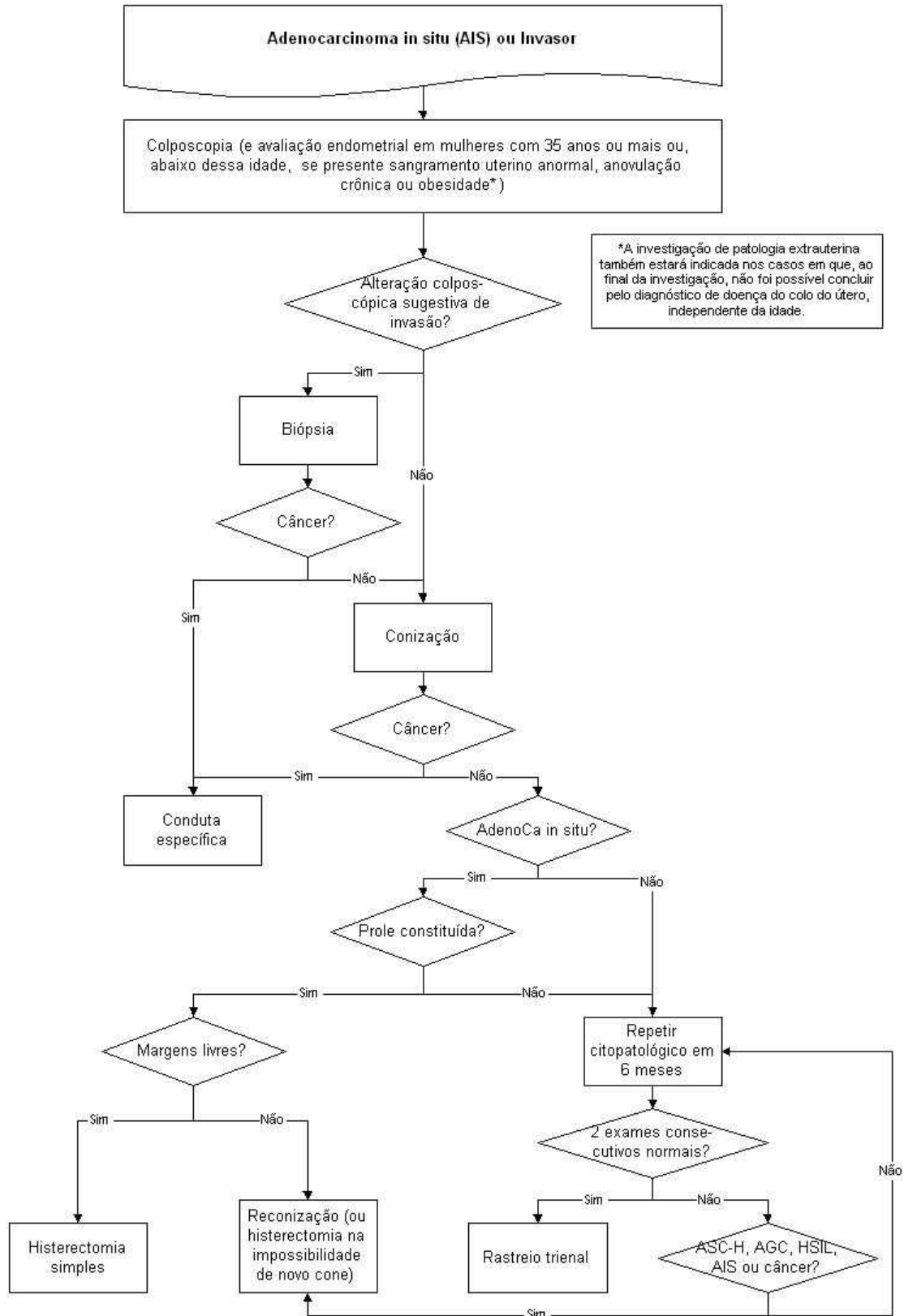



Figura 11 – Fluxograma de recomendações de condutas para mulheres com diagnóstico citopatológico de AIS/invasor. (BRASIL, 2011c, p.92)

## ANEXO B- INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

	<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG</b> <b>ESCOLA DE ENFERMAGEM</b> <b>GRUPO DE PESQUISA VIVER MULHER</b>
---	--

**ENTREVISTA:**

1) Dados de identificação:

Nome: (iniciais)

Idade: ( ) 14-19 ( ) 20-25 ( ) 26-31 ( ) 32-37 ( ) 38-43 ( ) 44-49 ( ) 50-55 ( ) 56 ou mais

Cor: ( ) branca ( ) índia ( ) negra

Nível de Escolaridade: ( ) até quatro anos completos ( ) até oito anos completos ( ) até 11 anos completos ( ) mais de 12 anos ( ) nível superior

Situação Conjugal: ( ) com companheiro ( ) sem companheiro

Profissão:

Renda familiar: ( ) um salário mínimo ( ) 2 salários mínimos ( ) 3 salários mínimos ( ) 4 salários mínimos ( ) mais de cinco salários mínimos

Uso de fumo: ( ) sim ( ) não

Uso de álcool: ( ) sim ( ) não

Uso de contraceptivo oral: ( ) sim ( ) não

Uso de preservativo: ( ) sim ( ) não

Faz uso de alguma medicação: ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

Número de Filhos: ( ) um ( ) dois ( ) três ( ) quatro ( ) cinco ou mais

Idade da menarca: ( ) 11 anos ( ) 12 anos ( ) 13 anos ( ) 14 anos ( ) 15 anos ou mais. Qual: \_\_\_\_\_

Idade de iniciação sexual: ( ) 11 anos ( ) 12 anos ( ) 13 anos ( ) 14 anos ( ) 15 anos ou mais. Qual: \_\_\_\_\_

Número de parceiros sexuais até o momento:

2) Perguntas norteadoras da pesquisa:

Você costuma realizar o exame preventivo de câncer de colo de útero? Com que frequência?

Por que você faz o exame, o que lhe motiva a isso?

Onde costuma fazer seu exame?

Tem dificuldade para marcar e realizar o exame?

Qual foi a última vez que realizou o exame de prevenção do colo do útero (Papa Nicolau)?

Qual foi o resultado? Sabe nos dizer se houve alguma alteração? Se resposta positiva, sabe que tipo de alteração foi detectada?

Foi à consulta após a realização do exame? Se não, por quê?

Qual o encaminhamento que foi dado pelo profissional que lhe atendeu?

Após sair da consulta, o que você fez? Realizou o que lhe foi indicado?

Se não, porque?

Teve alguma dificuldade para realizar as orientações do profissional que lhe atendeu? Quais?

Você teve alguma escolha no tipo de tratamento que deveria seguir?

Se teve, o que a levou a tomar a escolha que tomou?

Que sentimentos lhe foram despertados ao se deparar com um resultado de alteração no exame citopatológico?

Você se sentiu amparada pelo sistema de saúde? Justificar a resposta:

Você teve apoio da comunidade, amigos, sociedade em geral durante a busca por seu tratamento? Explicar como:

Você sabe quais as formas de prevenção do câncer de colo de útero? Explique:

Você sabe quais os fatores de risco para o câncer de colo de útero?

Você acha que o exame preventivo, o Papanicolau é efetivo? Tem conhecimento sobre isso?

Já teve alguma doença como: sífilis, gonorréia, herpes genital, condiloma, cancro, ou outras doenças transmissíveis? Quais?

## ANEXO C- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ÁREA DE SAÚDE – CEPAS/FURG



**CEPAS**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE  
Universidade Federal do Rio Grande / FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

### PARECER Nº 83 / 2011

PROCESSO Nº 23116.002312/2011-17

CEPAS 18/2011

TÍTULO DO PROJETO: “Itinerário terapêutico das mulheres com alterações cervicais no citopatológico na cidade do Rio Grande/RS”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Fabiane Ferreira Francioni.

#### **PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no Parecer 60/2011, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “Itinerário terapêutico das mulheres com alterações cervicais no citopatológico na cidade do Rio Grande/RS”.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: **02/01/2012**

Rio Grande, RS, 06/06/2011.

*Eli Sinnott Silva*  
Profª. MSc. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

**ANEXO D- CARTA DE AUTORIZAÇÃO DAS COORDENADORAS DO PROJETO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
GRUPO DE PESQUISA VIVER MULHER

Rio Grande, 15 de maio de 2012.

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo a utilização do banco de dados da pesquisa intitulada "Itinerário Terapêutica das mulheres com alterações cervicais no citopatológico em Rio Grande", pela mestrandia Vanessa Franco de Carvalho para sua dissertação de mestrado.



Prata. Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber

Lider do Grupo de Pesquisa Viver Mulher