



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA

LUÍSA AQUINO DE ALMEIDA

MÉRCIA BOAVENTURA DE SOUSA MANOEL

**CONHECIMENTO DAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL SOBRE CÂNCER DE
COLO DE ÚTERO**

CAMPINA GRANDE

2016

LUÍSA AQUINO DE ALMEIDA
MÉRCIA BOAVENTURA DE SOUSA MANOEL

**CONHECIMENTO DAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL SOBRE CÂNCER DE
COLO DE ÚTERO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Medicina
da Universidade Federal de Campina
Grande (UFCG) como requisito
parcial à obtenção do título de
Médico, sob orientação da Prof.(a)
Dr.(a) Gisetti Corina Gomes Brandão.

CAMPINA GRANDE

2016

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

A447c

Almeida, Luísa Aquino de.

Conhecimento das mulheres em idade fértil sobre Câncer de Colo de Útero / Luísa Aquino de Almeida, Mércia Boaventura de Sousa Manoel. – Campina Grande, 2016.

52f.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2016.

Orientadora: Gisetti Corina Gomes Brandão, Dra.

1.Câncer de Colo de Útero. 2.Prevenção. 3.Exame Citopatológico. I.Manoel, Mércia Boaventura de Sousa. II.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

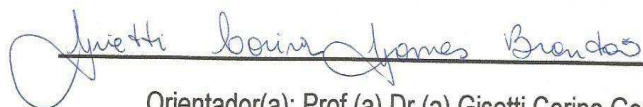
CDU 618.14-006

LUÍSA AQUINO DE ALMEIDA
MÉRCIA BOAVENTURA DE SOUSA MANOEL

**CONHECIMENTO DAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL SOBRE CÂNCER DE
COLO DE ÚTERO**

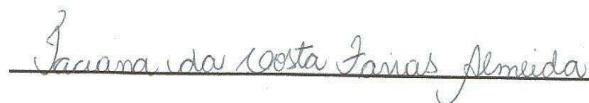
Data: 04 de novembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA



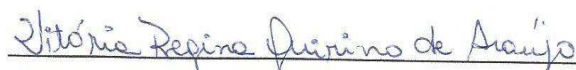
Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Gisetti Corina Gomes Brandão

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande



Professor convidado 1: Prof.(a) Mestre Taciana da Costa Farias Almeida

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande



Professora convidada 2: Prof.(a) Dr.(a) Vitória Regina Quirino de Araújo

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de cursar medicina e estar cada dia mais próxima da realização desse sonho.

Aos meus pais e à minha irmã, por estarem sempre ao meu lado, me apoiando em todos os momentos da minha vida, ainda que distantes fisicamente.

Aos mestres, por todo carinho, ensinamentos e paciência, especialmente à Dra Gisetti, por me permitir a entrada nesta pesquisa e pela orientação para realização deste trabalho.

Aos meus amigos, por todas as vezes que me ofereceram seus ombros ou compartilharam comigo momentos de alegria. Em especial, à amiga Mércia, pelo apoio e incentivo nos momentos difíceis, pelas experiências compartilhadas nesse final de curso e na realização desse TCC.

Aos meus pacientes, pela compreensão com cada uma das minhas falhas e limitações.

Meu sincero agradecimento,

Luisa Aquino de Almeida

Agradeço a DEUS pela vida e pelo presente de cursar medicina!

Aos meus pais e irmãos, pelo apoio na minha caminhada profissional, mesmo à distância!

À Gisetti, orientadora de PET e TCC que, com muita paciência, ajudou-nos a lapidar este Trabalho de Conclusão de Curso!

Aos colegas do PET: Silvana, Bruna, Leandra e Gabriel. Com eles, pude aprender e compartilhar conhecimentos que serão de suma importância em minha carreira profissional.

À Amélia Luna, amiga que se tornou essencial nesse último ano de curso e, durante tantas vezes, foi meu suporte em momentos difíceis.

Mércia Boaventura de Sousa Manoel

RESUMO

O câncer de colo de útero é um tipo câncer que atormenta a população feminina e, de acordo com o Instituto Nacional de Combate ao Câncer, é o segundo tumor mais frequente e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Uma das formas mais eficazes de se diagnosticar o câncer cervical é a partir do exame preventivo citopatológico, que deve ser feito periodicamente para aumentar as chances de cura, caso um tumor maligno seja detectado. Este estudo tem como objetivo: analisar o conhecimento das mulheres sobre o Câncer de Colo de Útero; caracterizar as mulheres em idade fértil de 13 a 49 anos que residem em uma área de abrangência; Identificar o conhecimento das mulheres sobre o Câncer de Colo de Útero e o exame citopatológico. Essa pesquisa é exploratória e documental, com abordagem quantitativa. Foram utilizadas informações de saúde disponíveis nos prontuários das cinco microáreas referentes às mulheres cadastradas de 13 a 49 anos que não realizaram o exame citopatológico no período de 2008 a 2013, na equipe II da UBSF Wesley Targino, na Cidade de Campina Grande, Paraíba. Para o conhecimento das usuárias, o tema foi apresentado através de uma breve explanação sobre o Câncer de Colo de Útero. Como abordagem inicial, foi explicado que a pesquisa seria realizada por meio de uma entrevista semiestruturada e as possíveis dúvidas foram esclarecidas. A análise dos dados evidenciou que a maioria das mulheres tinha baixa escolaridade, desconheciam a patologia e como evitá-la. Dentre a parcela que se encontrava em atraso com o exame, o fator descuido foi a justificativa mais utilizada. Esse estudo remonta à necessidade de fortalecer e qualificar as ações de promoção da saúde, com ênfase na redução das desigualdades e no estímulo ao protagonismo das mulheres nas ações de prevenção do câncer do colo uterino.

Palavras-chave: Câncer de Colo de Útero; Prevenção; Exame citopatológico.

ABSTRACT

The cervix uteri cancer is a cancer type that plagues the female population and, according to the National Institute for fighting cancer, is the second most common tumor and the fourth leading cause of cancer death in women in Brazil. One of the most effective ways of diagnosing cervical cancer is from cytological screening test that should be done periodically to increase the chances of cure if a malignant tumor has been detected. This study aims: to analyze women's knowledge about the Colon Cancer Uterus; characterize women of childbearing age from 10 to 49 years residing in an area of coverage; identify their knowledge about the Colon Cancer Uterus and Pap smear. This research is exploratory and documentary, with a quantitative approach. We used health information available in the records of the five micro-areas relating to women registered from 13 to 49 years who had not had a Pap smear test in the 2008-2013 period, in the team II of the BFHU Wesley Targino in the city of Campina Grande, Paraíba. To the knowledge of the users, the theme was presented through a brief explanation about the Colo Cancer Uterus. As an initial approach, it was explained that the search be performed by a semistructured and possible interview questions were answered. The data analysis showed that the majority of women had low education, unaware of the disease and how to avoid it. Among the portion that was in arrears with the examination, the carelessness factor was the most used justification. This study goes back to the need to strengthen and upgrade health promotion, with emphasis on reducing inequalities and stimulating the protagonism of women in prevention of cervical cancer.

Keywords: cervical cancer; Prevention; cytological examination.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização das mulheres pertencentes ao estudo	28
Tabela 2- Associação entre Escolaridade com o conhecimento, as causas e como evitar o CCU.....	30
Tabela 3- Conhecimento sobre o CCU.....	30
Tabela 4- Associação entre a Faixa Etária e o conhecimento sobre os cuidados para realizar o ECP.....	31
Tabela 5- Associação entre a faixa etária e a realização do ECP.....	32
Tabela 6- Realização do ECP: associação entre as mulheres que estão em atraso e os motivos.....	33

LISTA DE SIGLAS

- AB** Atenção básica
- ACS** Agente Comunitário de Saúde
- APS** Atenção Primária à Saúde
- AP** Atenção primária
- CCU** Câncer de colo de útero
- EPS** Educação Permanente em Saúde
- ESF** Estratégia de Saúde da Família
- ECP** Exame citopatológico
- EFI** Ensino Fundamental Incompleto
- HUAC** Hospital Universitário Alcides Carneiro
- INCA** Instituto Nacional de Combate ao Câncer
- MS** Ministério da Saúde
- OMS** Organização Mundial da Saúde
- PTS** Processo de Trabalho em Saúde
- RAS** Redes de Atenção à Saúde
- RCR** Referência e contra referência
- SUS** Sistema Único de Saúde
- TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBSF** Unidade Básica de Saúde da Família
- UFMG** Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	13
1.2 OBJETIVO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	15
2.1.1 Detecção Precoce/ Rastreamento	16
2.2 ATENÇÃO BÁSICA.....	17
2.2.1 Estratégia de saúde da família	18
2.2.2 Processo de trabalho de saúde na atenção básica	19
2.2.3 Redes de atenção à saúde	19
2.2.4 Sistema de referência e contrarreferência	20
2.2.5 Educação permanente em saúde	21
3 METODOLOGIA	23
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	23
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	25
3.5 COLETA DE DADOS.....	25

3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	26
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
6 REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	

1. INTRODUÇÃO

Câncer é um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos que podem se espalhar para outras regiões do corpo (INCA, 2013).

Entre os diversos tipos de câncer, encontra-se o de colo de útero, o segundo tumor mais frequente na população feminina (apenas atrás do de mama) e considerado a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (INCA, 2013).

Por alcançar altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de extratos sociais e econômicos mais baixos, essa neoplasia ainda é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, como o Brasil. Os grupos mais vulneráveis estão onde existem barreiras de acesso à rede de serviços de saúde para detecção e tratamento da patologia e de suas lesões precursoras. Além das dificuldades econômicas e geográficas, essa problemática também é justificada pela insuficiência de serviços e por questões culturais, como medo, desconsideração de sintomas importantes e preconceito (CASARIN e PICCOLI, 2011).

Um das estratégias públicas mais efetivas, seguras e de baixo custo para detecção precoce desse câncer têm sido os programas de rastreamento da população feminina por meio do exame citológico do colo do útero (o Papanicolau) (ALBUQUERQUE, 2009).

Assim, os gestores e profissionais de saúde têm como responsabilidade realizar ações que visem ao controle do câncer do colo do útero e possibilitem a integralidade do cuidado. Além disso, devem aliar as ações de detecção precoce, com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade (INCA, 2012).

Nesse contexto, a atenção básica (AB) surge como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Caracteriza-se com o mais alto grau de

descentralização e capilaridade, devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012).

Como uma possibilidade de novas práticas de intervenção na atenção à saúde, surgiu a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), visando a reorganização da atenção básica em novas bases e critérios e a substituição do modelo hospitalocêntrico (ROSA, 2009).

É importante salientar a importância do aspecto de disseminação de informações que promovem a saúde com a Educação Permanente em Saúde (EPS). Possui como um dos objetivos demonstrar a importância da adoção de medidas precoces preventivas, além de sensibilizar e de orientar a comunidade sobre o autocuidado, e também facilitar a interação entre os que promovem a saúde e a população (BRASIL, 2012).

1.1. JUSTIFICATIVA

Os profissionais da saúde devem desenvolver ações de controle do câncer de colo do útero (CCU), priorizando aquelas mulheres que apresentam critérios de risco e maior vulnerabilidade à doença. Além disso, faz-se necessário promover ações de educação e saúde possibilitando o conhecimento à população feminina, para que elas possam determinar suas próprias metas de saúde e comportamento, e a praticar as estratégias de prevenção, intervenção e apoio, sempre acompanhados das orientações e supervisão contínua da equipe de saúde.

Considerando os fatos expostos acima e a importância da ação de toda a equipe de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) com a prevenção de doenças, esse trabalho se propõe a avaliar o conhecimento a respeito do CCU e da realização do exame citopatológico das mulheres em idade fértil, que são usuárias da UBSF e que estão em atraso com o exame preventivo.

1.2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Analisar o conhecimento das mulheres sobre o Câncer de Colo de Útero.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mulheres em idade fértil de 13 a 49 anos que residem em uma área de abrangência;
- Identificar o conhecimento das mulheres sobre o Câncer de Colo de Útero e o exame citopatológico;

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

No Brasil, o controle do CCU tem seu ponto de partida em iniciativas pioneiras de profissionais que trouxeram a citologia e a colposcopia para o país a partir dos anos 1940. Entre 1972 e 1975, o Ministério da Saúde (MS) realizou sua primeira ação de âmbito nacional, com o Programa Nacional de Controle do Câncer, que deu destaque ao rastreamento do CCU. Em 1984, foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cuja principal contribuição foi introduzir e estimular a coleta de material para o exame citopatológico como procedimento de rotina da consulta ginecológica (BRASIL; INCA, 2011).

A partir de 1998, foi instituído pelo MS o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo de Útero e a coordenação do Programa foi transferida para o Instituto Nacional de Combate ao Câncer (INCA). Em 2002, o fortalecimento e a qualificação da rede de atenção primária, bem como a ampliação de centros de referência possibilitaram priorizar mulheres que jamais haviam se submetido ao exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos (BRASIL *et al.*, 2012).

Tida como prioridade nacional, a prevenção do CCU foi inserida no Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama, ratificada no Pacto pela Saúde 2006 (RIBEIRO *et al.*, 2011).

Considerando a importância epidemiológica do câncer e a sua magnitude como problema de saúde pública, a necessidade de redução da mortalidade e da incapacidade causadas por câncer, foi instituída, por meio da Portaria GM/MS n. 874 de 16 de maio de 2013, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Tem como princípios o reconhecimento do câncer como doença crônica evitável e da necessidade de oferta do cuidado integral, da ciência e da tecnologia; e como diretrizes à promoção da saúde, à prevenção do câncer, à

vigilância, ao monitoramento e avaliação, à educação, à comunicação em saúde (CONASS, 2015b).

2.1.1 Detecção precoce / Rastreamento

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento). O teste utilizado em rastreamento deve ser seguro, relativamente barato, de fácil aceitação pela população, ter sensibilidade e especificidade comprovadas, além de relação custo-efetividade favorável (BRASIL, 2013).

O rastreamento do CCU representa um processo complexo em múltiplas etapas: aplicação do exame de rastreamento, identificação dos casos positivos (suspeitos de lesão precursora ou câncer), confirmação diagnóstica e tratamento (BRASIL; INCA, 2011). O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do CCU é o teste de Papanicolaou (exame citopatológico de colo de útero).

O exame citopatológico deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. A priorização desta faixa etária como a população-alvo do programa de rastreamento justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer (ORGANIZATION, 2007).

Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento. Os exames periódicos devem seguir até os 64 anos de idade e, naquelas mulheres sem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva, interrompidos quando essas pacientes tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Mulheres submetidas à histerectomia total por lesões

benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais (BRASIL; INCA, 2016).

Segundo a OMS, a incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por Papiloma Vírus Humano (HPV) e por lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dado a sua lenta evolução (VALE *et al.*, 2010).

Estima-se uma redução de cerca de 80% da mortalidade pelo câncer do colo de útero a ser alcançada através do rastreamento de mulheres que fazem parte do grupo de maior risco; para tanto é necessário garantir a integralidade da atenção e a qualidade do programa de rastreamento (SILVA *et al.*, 2008).

2.2. ATENÇÃO BÁSICA

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente (CONASS, 2015a).

A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Caracteriza-se com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da

acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2016).

2.2.1 Estratégia de Saúde da Família

A política atual do governo brasileiro considera a ESF como um meio de reorganizar a atenção primária no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). É tida como principal estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e os fundamentos da Atenção Primária (AP), assim como ampliar a resolubilidade dos problemas da saúde e produzir maior impacto na situação de saúde das pessoas e na coletividade, além de propiciar uma excelente relação custo-efetividade (DUNCAN et al., 2013).

A equipe básica ou nuclear preconizada pela ESF é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde e, dependendo do município, conta também com o apoio de profissionais da equipe de saúde bucal, saúde mental e reabilitação. Outros profissionais podem fazer parte de equipes auxiliares à ESF, a equipe de Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) (MARQUI *et al.*, 2010).

Sua ênfase está direcionada para as práticas de promoção da saúde, por meio de um trabalho crítico e contextualizado, a fim de fortalecer a capacidade de escolha dos indivíduos (ALVES E AERTS, 2011). Visa aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012). A eficácia na ESF supõe o trabalho em equipe e a interação organizada entre indivíduos com competências e habilidades distintas (ARAÚJO E ROCHA, 2007).

Os profissionais das equipes de ESF devem ser capazes de respeitar as diferenças culturais, sociais, econômicas utilizando como instrumentos a escuta, o

acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização, tendo como finalidade atingir a resolutividade das necessidades em saúde individuais e coletivas (MARQUI *et al.*, 2010). Essa política, felizmente, reafirma de forma inequívoca que os três níveis de governo, federal, estadual e municipal, devem apoiar e estimular a ESF como uma opção prioritária para a expansão e consolidação da AP no Brasil (DUNCAN *et al.*, 2013).

2.2.2 Processo de trabalho em saúde na atenção básica

O Processo de Trabalho em Saúde (PTS) designa o movimento de coprodução e cogestão do cuidado, em busca de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para sujeitos individuais ou coletivos, que se processa em quatro momentos não estanques: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (OLIVEIRA, 2008).

É constituído especialmente nas reuniões de equipe, a partir da discussão dos casos, enfocando os determinantes do processo saúde-doença. O PTS é uma estratégia para o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os serviços de saúde do território e outros setores e políticas, visando impacto na produção da saúde territorial, que tenham foco em investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (NASCIMENTO E OLIVEIRA, 2010).

O PTS é inteiramente dependente da relação entre sujeitos (MERHY, 2002). Desse modo, entendemos que a matéria prima do trabalho em saúde é o encontro; o que implica que a produção se executa entre trabalhador e usuário. Torna-se imprescindível, portanto, o vínculo, o envolvimento e a coparticipação entre esses sujeitos. Nesse sentido, é primordial acolher as singularidades e perceber que ambos – profissional e usuário – são sujeitos ativos do processo da produção de saúde (FARIA E ARAUJO, 2010).

2.2.3 Redes de Atenção à Saúde

A RAS é definida 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 (CONASS, 2015b).

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (PORTARIA RAS Nº 4.279, 2010).

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (CONASS, 2015b).

2.2.4 Sistema de referência e contra referência

O papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde remete ao conceito da integralidade, entendida como a garantia do direito de acesso dos usuários às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade, com fluxos ou percursos definidos e organizados espacialmente de forma a assegurar a continuidade dos cuidados em unidades localizadas o mais próximo possível dos cidadãos (GIOVANELLA *et al.*, 2003). As unidades de cada nível de atenção são capazes de solucionar problemas de saúde de um determinado número de pessoas e devem ser dimensionadas de forma a garantirem essa oferta de serviços com qualidade (SERRA E RODRIGUES, 2010).

É necessário que os serviços de atenção primária à saúde sejam de fácil acesso, resolutivos e estejam inseridos em um sistema de saúde com referência e contrarreferência funcionando de forma ágil e integrada para garantir o tratamento quando preciso. O MS define este sistema, inclusive, como um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho que devem ser garantidas pelas equipes de saúde da família (WILHELMS, 2012).

Na prevenção e controle do câncer do colo do útero, muitas ações são executadas no nível de atenção primária. Destacam-se: informação e

esclarecimento da população sobre o rastreamento, identificação da população feminina na faixa etária prioritária, identificação de mulheres com risco aumentado, convocação para exame, realização da coleta da citologia, identificação de faltosas e reconvocação, recebimento dos laudos, identificação das mulheres com resultados positivos ao rastreamento para vigilância do caso, orientação e encaminhamento das mulheres para unidade secundária (BRASIL; INCA, 2011). As mulheres diagnosticadas com lesões intraepiteliais do colo do útero no rastreamento devem ser encaminhadas à unidade secundária para confirmação diagnóstica e tratamento, segundo as diretrizes clínicas estabelecidas (INCA, 2011).

Os serviços de atenção secundária são compostos por unidades ambulatoriais, que podem ou não estar localizadas na estrutura de um hospital, e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, responsáveis pela oferta de consultas e exames especializados. Já a atenção terciária constitui-se de serviços de apoios diagnóstico e terapêutico hospitalares. No caso da atenção ao câncer, é o nível assistencial no qual são realizados os procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade em oncologia – cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia – e que é responsável pela oferta ou coordenação dos cuidados paliativos dos pacientes com câncer (BRASIL; INCA, 2011).

2.2.5 Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem sido apontada como perspectiva de aprendizagem no trabalho. É uma política de educação estratégica para as equipes de saúde, de forma que essas possam desenvolver o processo de trabalho, incluindo os diferentes saberes e sujeitos que transitam nos serviços de saúde (FORTUNA *et al.*, 2013).

É realizada no âmbito do trabalho e destina-se a refletir sobre esse processo, considerando as necessidades de saúde dos usuários/população. É reconhecida como trabalho que articula a atenção à saúde, a formação, a gestão e o controle social para a transformação das práticas de saúde e da organização no trabalho (MERHY *et al.*, 2006).

Sua concretização depende de que os processos educativos dos trabalhadores da saúde tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo que a EPS pode ser considerada como orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos sujeitos-trabalhadores e das estratégias de transformação das práticas de saúde (SILVA *et al.*, 2010).

Em suma, a gestão participativa e a tomada de decisão, com base na EPS: fortalece e valoriza o trabalho em equipe; viabiliza a participação dos profissionais no planejamento e ações do cuidado; estimula o compromisso com a democratização das relações de trabalho; cria e facilita espaços de trocas e produção do conhecimento no coletivo; amplia o diálogo entre a equipe da saúde (MEDEIROS *et al.*, 2010).

3. METODOLOGIA

Esse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é um recorte de um trabalho realizado durante o PET- Redes de Atenção a Saúde (RAS), de título: CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: CAPTAÇÃO DAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL EM UMA UBSF realizado no período de 2013 a 2015.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Essa pesquisa é exploratória e documental, com abordagem quantitativa.

No que diz respeito à pesquisa exploratória, (GIL, 2009) refere que as pesquisas exploratórias visam proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão.

A pesquisa documental possui várias semelhanças com a bibliográfica. A diferença está na natureza das fontes, pois a forma da primeira vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa (GIL, 2009).

A abordagem quantitativa oferece maior segurança quanto às inferências feitas por garantir precisão dos resultados, enquanto que a abordagem qualitativa “pode descrever a complexidade de um determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar os processos dinâmicos vividos por grupos sociais” (ALYRIO, 2008).

3.2. LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na UBSF Wesley Targino Cariry, situada no bairro de Nova Brasília, no município de Campina Grande no Estado da Paraíba. Esse é um bairro periférico de baixo nível socioeconômico e alto índice de violência. Beneficia-se da presença da unidade de saúde na comunidade, no entanto são desprovidos de áreas para a prática de atividade física e lazer.

A UBSF tem um total de 6000 usuários cadastrados e é composta por duas equipes: A equipe I contempla 5 microáreas e 2500 usuários, e a equipe II é responsável por 5 microáreas, num total de 3500 usuários. Essa pesquisa trabalhou com a equipe II, que é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, três agentes comunitários de saúde (ACS) e uma recepcionista.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram utilizadas informações de saúde disponíveis nos prontuários das cinco microáreas referentes às mulheres cadastradas de 13 a 49 anos que não realizaram o exame citopatológico no período de 2008 a 2013, na equipe II da UBSF Wesley Targino, na Cidade de Campina Grande, Paraíba.

Neste contexto, foi constatado o total de 909 mulheres cadastradas na equipe II da UBSF distribuídas em cinco microáreas. Destas, 786 estão em atraso com o exame citopatológico no qual 153 mulheres são pertencentes da microárea I, 236 da microárea II, 155 da microárea III, 122 da microárea IV e 120 da microárea V.

Como as microáreas II e IV estão sem cobertura de ACS, não foi possível realizar a coleta de dados. Portanto, utilizamos três microáreas que possuem cobertura de ACS (microáreas I, III e V) para fazer a aplicação da entrevista.

Para o cálculo do tamanho da amostra, usamos a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

Pode-se inferir, utilizando coeficiente de confiança de 95%, com a amplitude da população universo de 428 mulheres em atraso com o exame citopatológico acompanhados pela UBSF e erro amostral de 10%, o valor da amplitude da amostra de 75 pacientes, para assim, com esse quantitativo ser considerada uma amostra válida dentro dos termos estatísticos. A seleção dessa amostra foi definida através de sorteio.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram incluídas neste estudo:

- As mulheres em idade fértil de 13 a 49 anos que não realizaram o exame citopatológico no período de 2008 a 2013 e que já iniciaram a vida sexual;
- As mulheres da Equipe II cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) da UBSF Wesley Targino, na Cidade de Campina Grande, Paraíba.
- As mulheres que residem nas microáreas com cobertura de agentes comunitários de saúde;

Foram excluídas:

- As mulheres que residem nas microáreas II e IV por não ter cobertura de ACS.

3.5. COLETA DOS DADOS

Para o conhecimento das usuárias, o tema foi apresentado através de uma breve explanação sobre o CCU. Como abordagem inicial, a pesquisa foi explicada que seria realizada por meio de uma entrevista semiestruturada e as possíveis dúvidas foram esclarecidas.

Em seguida, foi questionado sobre a aceitação para participar do estudo, e, nos casos positivos, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para as usuárias acima de 18 anos. Quanto às menores de

idade, além do TCLE, os responsáveis legais responderam o Termo de Assentimento. Posteriormente, foi aplicada a entrevista.

Em relação ao conhecimento sobre o CCU e sua prevenção, foram relevantes as informações sobre o tempo do último exame citológico realizado; se em atraso, qual a justificativa, qual a periodicidade e quais os cuidados necessários para realizar o exame citológico.

A coleta de dados foi formalizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro - Universidade Federal de Campina Grande (HUAC – UFCG) e consistiu dos seguintes passos:

1ª etapa: Levantamento documental realizado nos prontuários das cinco microáreas em busca das mulheres entre 13 e 49 anos em atraso com o exame citopatológico, em que foram extraídas as seguintes informações: nome, idade, anos da realização do exame preventivo e número do prontuário.

2ª etapa: Decisão de fazer a busca ativa em três das cinco microáreas devido a falta de agentes comunitários de saúde em duas delas.

3ª etapa: Foram realizadas visitas domiciliares com a finalidade de aplicação da entrevista semi -estruturada às usuárias que estavam em atraso com o exame citopatológico. Explicou-se a importância de sua participação, e a apresentação do TCLE, o qual foi assinado pelos pesquisadores responsáveis e pelas participantes da pesquisa. Foi esclarecida a finalidade do estudo, garantia do anonimato e procedimento para coleta de dados, ficando os pesquisadores à disposição da entrevistada para quaisquer dúvidas.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram agrupados e foi construído um banco de dados no *software* SPSS versão 20. Após o tratamento estatístico, os dados foram dispostos em gráfico, tabelas e analisados a luz da literatura pertinente.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O desenvolvimento deste estudo seguiu as recomendações éticas no que

se refere às Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisa Envolvendo seres Humanos contempladas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUAC – UFCG, parecer número: 39463714.1.0000.5182

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na amostra elegível para esta pesquisa (75 mulheres), a média de idade foi de 35 anos (mediana 34 anos). Em relação ao estado civil, 48% eram solteiras, 49,3% eram casadas e 2,7% delas divorciadas. A média do número de filhos foi de dois (com um mínimo de um e máximo de cinco filhos). No que tange ao grau de escolaridade, verificou-se que a maioria das mulheres (42,7%) tinha Ensino Fundamental Incompleto(EFI), seguidos de 30,7% com Ensino Médio Completo (TABELA 1).

Tabela 3- Caracterização das mulheres pertencentes ao estudo

CARACTERIZAÇÃO	n	%
IDADE		
13- 24 anos	16	21,3
25- 36 anos	34	45,3
37- 49 anos	25	33,4
FILHOS		
Sim	57	76
Não	18	24
ESTADO CIVIL		
Solteira	36	48
Casada	37	49,3
Divorciada	2	2,7
ESCOLARIDADE		
Ens Fundamental Incompleto	32	42,7
Ens Fundamental Completo	3	4
Ens Médio Incompleto	10	13,3
Ens Médio Completo	23	30,7
Ens Superior Incompleto	4	5,3
Ens Superior Completo	3	4

FONTE: Entrevista aplicada com usuárias da UBSF Wesley Targino Cariry

Destaca-se o número de mulheres com baixa escolaridade (EFI). Resultado semelhante foi demonstrado no estudo de Moura *et al* (2010) , no qual, das 15 mulheres entrevistadas, 9 apresentavam baixo índice de escolaridade. Essa problemática é de extrema relevância, pois tende a dificultar a realização e a compreensão de medidas preventivas e de promoção da saúde da mulher e de sua família, limitando o desenvolvimento das ações de saúde da equipe.

Desse modo, é perceptível a necessidade da equipe de saúde utilizar uma linguagem mais adequada a essa população, para que as estratégias e campanhas educativas relacionadas à saúde da mulher possam ser mais facilmente compreendidas.

Em relação ao estado civil: das mulheres casadas, 17 (46%) estão em atraso, 19 (51,3%) estão em dia e uma (2,7%) nunca realizou o exame. Das solteiras e divorciadas, 18 (47,4%) estão em atraso, nove (26,3%) estão em dia e nove (26,3%) nunca realizaram o exame.

Com esses números, é possível inferir que a população solteira está bem mais vulnerável aos riscos associados a não realização do exame preventivo do que as participantes casadas, por estarem expostas a um maior número de parceiros e à possibilidade de terem mais relações sexuais desprotegidas. Dados consoantes foram expostos por Gasperin et al (2011), em que 22,6% das participantes em atraso eram solteiras e foram as que menos realizaram o exame na vida, com maior proporção de exames em atraso.

Relação entre escolaridade, conhecimento sobre câncer de colo de útero, formas de evitá-lo e suas respectivas causas

Foram evidenciados e apresentam significância estatística: 57,1% (p valor 0,018) das participantes com EFI não sabiam como evitar o CCU e 85,7% (p valor 0,002) desconhecem as causas da patologia. (TABELA 2) Essa casuística também foi confirmada por Albuquerque (2009), cuja pesquisa apresentou maior percentual de realização de exame preventivo entre as mulheres com ensino fundamental completo (71%) e o menor entre as com ensino elementar incompleto (60%), de um total de 258 participantes.

Assim ratifica-se que a baixa escolaridade está ligada a um maior risco sobre a doença, pois a população menos esclarecida tem menos acesso a informações e, com isso, tende a negligenciar os problemas relacionados à saúde e ao cuidado. Como visto por Mendonça *et al* (2011), o fato de as usuárias apresentarem baixo nível de escolaridade é um fator determinante para o profissional compreender que a consulta ginecológica deve acontecer numa abordagem simples e direta, para ser captada e entendida por todas as mulheres.

Tabela 2- Associação entre Escolaridade com o conhecimento, as causas e como evitar o CCU.

	SABEM EVITAR			SABEM AS CAUSAS			CONHECIMENTO SOBRE O CCU		
	SIM	NÃO	p	SIM	NÃO	p	SIM	NÃO	p
EFI	15 (42,9%)	20 (57,1%)	0,018	5 (14,3%)	30 (85,7%)	0,002	33 (94,3%)	2 (5,7%)	0,479
ACIMA EFI	28 (70%)	12 (30%)		19 (47,5%)	21 (52,5%)		39 (97,5%)	1 (2,5%)	

FONTE: Entrevista aplicada com usuárias da UBSF Wesley Targino Cariry

Meios de conhecimento sobre o câncer de colo de útero

Em relação ao conhecimento do câncer de colo de útero, 59 mulheres (78,6%) afirmaram conhecer sobre a patologia, enquanto 16 (21,4%) negaram esse conhecimento. Das que conheciam, observou-se que 71,2% das participantes adquiriram tal conhecimento através de TV, jornais, Internet como principal meio. (TABELA 3).

Tabela 3- Conhecimento sobre o Câncer de Colo de Útero (CCU)

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO (CCU)	N	%
Conhece o CCU (75)		
Sim	59	78,6
Não	16	21,4
Através de que meio conheceu (59)		
TV, internet, jornal	42	71,2
UBSF	7	11,9
Amigos, familiares, vizinhos	5	8,5
Escola	4	6,8
ISEA	1	1,7

FONTE: Entrevista aplicada com usuárias da UBSF Wesley Targino Cariry

Percebe-se, infelizmente, que ainda há uma parcela de mulheres que não possuem entendimento sobre o CCU e sobre a importância de sua prevenção, como afirma Garcia et al (2010). Em seu estudo, ao se indagar sobre o

conhecimento a respeito do exame preventivo do CCU, pôde-se observar, através dos discursos, que a incerteza e o desconhecimento apresentam-se como uma constante.

É alarmante o fato de apenas uma pequena parcela das participantes ter adquirido conhecimento sobre o CCU a partir da UBSF, o que evidencia a necessidade de reforçar e melhorar as estratégias relacionadas à promoção da saúde em seus diversos aspectos. A equipe multidisciplinar deve, sobretudo, conhecer o universo particular destas mulheres e se empenhar para torná-las sujeitas ativas neste processo, tendo em vista que o contexto da saúde da mulher é um tema complexo e de grande magnitude. Destaca-se nesse ponto o papel fundamental do ACS: ele é o responsável, ao fazer as visitas domiciliares, por envolver e mobilizar todas as mulheres da casa e seus familiares.

Faixa etária X o exame citopatológico

Dividiu-se a amostra em três grupos de faixa etária: grupo 1 (13 a 24 anos), grupo dois (25 a 36 anos) e grupo três (27 a 49 anos). Do grupo 1, apenas 43,7% das mulheres conhecem os cuidados para a realização do exame preventivo, enquanto 73,5% do grupo 2 e 80% do grupo 3 possuem esse conhecimento, concluindo-se que as mais jovens têm menos conhecimento desses cuidados. (TABELA 4) A pouca idade não seria um fator de risco em si próprio, mas estaria associada ao estilo de vida das mulheres jovens, caracterizado pela falta de responsabilidade e por uma sexualidade considerada precoce e arriscada. (RICO E IRIART, 2013)

Tabela 4- Associação entre a Faixa Etária e o conhecimento sobre os cuidados para realizar o exame citopatológico (ECP)

	Faixa etária			p valor
	13- 24	25- 36	37- 49	
Conhece os cuidados para a realização do ECP?				
Sim	7 (43,7%)	25 (73,5%)	20 (80%)	0,067
Não	9 (56,3%)	9 (26,5%)	5 (20%)	
Total (75)	16 (21,3%)	34 (45,3%)	25 (33,4%)	

FONTE:Entrevista aplicada com usuárias da UBSF Wesley Targino Cariry

Entre a faixa etária mais jovem da pesquisa (13– 24 anos), 75% nunca realizaram o exame preventivo ou estão em atraso. Entre 25 e 36 anos, essa relação cai para 58,8%. No grupo de mulheres dos 37-49 anos, todas já realizaram o exame sendo que destas 56% estão em atraso. (TABELA 5) Esses dados ratificam menor adesão ao exame entre as mais jovens (como visto por Borges *et al.*, 2012), mas evidenciam a maior adesão entre a população mais madura, confrontando Moura *et al* (2010), cuja pesquisa afirma que quanto mais velhas vão ficando, menos procuram realizar o exame, fazendo com que essa clientela torne-se um grupo de risco para esse tipo de câncer.

Desse modo, é preciso que haja uma melhor orientação e informação voltada às usuárias mais jovens da UBSF, para que elas consigam compreender desde cedo a importância do cuidado, tendo em vista o início cada vez mais precoce da sexarca (considerada um fator de risco ao desenvolvimento de CCU).

Tabela 5- Associação entre a faixa etária e a realização do ECP

FAIXA ETÁRIA	n	%
Grupo 1: 13- 24		
Total	16	21,3
Realizaram o ECP	9	56
Menos de 1 ano	4	44,5
Mais de 1 ano	5	55,5
Não realizaram o ECP	7	44
Grupo 2: 25-36		
Total	34	45,3
Realizaram o ECP	30	88,2
Menos de 1 ano	14	46,7
Mais de 1 ano	16	53,3
Não realizaram o ECP	4	11,8
Grupo 3: 37- 49		
Total	25	33,4
Realizaram o ECP	25	100
Menos de 1 ano	11	44
Mais de 1 ano	14	56
Não realizaram o ECP	0	0

FONTE: Entrevista aplicada com usuárias da UBSF Wesley Targino Cariry

Motivos de atraso para realização do exame preventivo

Do total da amostra, 85,3% afirmaram conhecer e já terem realizado o exame citopatológico. 54,7% estão em atraso, ainda que 82,8% delas conheçam a periodicidade para realização do Papanicolau. Os motivos alegados para o não comparecimento são diversos, sendo predominante a justificativa de descuido, seguida de falta de tempo. (TABELA 6)

Tabela 6- Realização do ECP: associação entre as mulheres que estão em atraso e os motivos

Realização do exame	n	%
Realizou o exame preventivo alguma vez (75)		
Sim	64	85,3
Não	11	14,7
Tempo de realização do último exame (64)		
Menos de 1 ano ou há 1 ano	29	45,3
Mais de 1 ano	35	54,7
Motivos de atraso dentre as atrasadas (35)		
Descuido	19	54,3
Falta de tempo	9	25,7
Medo	3	8,6
Pós- parto	2	5,7
Vergonha	2	5,7
Conhece a frequência para a realização do exame (35)		
Sim	29	82,8
Não	6	17,2

FONTE: Entrevista aplicada com usuárias da UBSF Wesley Targino Cariry

Esses números são relevantes, pois é comprovado o risco mais elevado no desenvolvimento do CCU entre mulheres que nunca realizaram o exame e um aumento no risco proporcional ao tempo decorrido desde o último Papanicolau, tema também abordado por Brito-Silva *et al*(2014).

Os achados nos permitem inferir que há uma deficiência nas práticas preventivas realizadas pela equipe de saúde e na orientação e, conseqüentemente, conscientização dessas mulheres. Vale ressaltar que a adesão não envolve somente aspectos relacionados aos profissionais que prestam o atendimento, mas também aspectos individuais das mulheres em relação às ações.

O fato que mais chamou atenção é que mesmo sabendo a periodicidade do exame, elas estão em atraso, o que corrobora para o resultado de descuido como

principal justificativa para o não comparecimento à UBSF. Girianelli *et al* (2014) expôs resultados consoantes, cuja pesquisa, dividida em 2 grupos, destacaram-se não achar que o exame era necessário, descuido e comodidade (no primeiro grupo) e indisponibilidade em razão do trabalho no segundo grupo. Nesse mesmo estudo, 22% das mulheres justificaram ter vergonha ou medo, não gostar e sentir desconforto e dor. Embora a questão do medo e da vergonha só ter sido abordada por 14,3% das nossas participantes, é de extrema importância o estímulo à realização de estudos para melhor compreensão das crenças e dificuldades emocionais ainda presentes entre as mulheres.

É necessário, portanto, buscar métodos inovadores de abordagem e maior divulgação dessas atividades para motivar as mulheres a comparecerem às palestras educativas. Para isso, é imprescindível estudar anteriormente o perfil dessas mulheres, considerando, principalmente, a faixa etária, a escolaridade e os fatores socioeconômicos e culturais das usuárias, de modo a despertar o interesse delas em participar das ações promovidas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo nos permitiu traçar um perfil epidemiológico local, avaliar o conhecimento das participantes acerca do CCU e do exame citopatológico e identificar os principais fatores determinantes para a não realização do exame preventivo.

Constatou-se que a maioria das mulheres não possuía conhecimento adequado sobre o CCU e que esse dado estava associado à prevalência da baixa escolaridade. Esse último fator é de grande relevância no que tange a uma maior dificuldade para a realização do exame citopatológico e para a compreensão de medidas preventivas. Além disso, a UBSF em questão só foi relatada como disseminadora de informação para um pequeno número de participantes. Esses resultados nos demonstram que a Unidade Básica, por estar junto à população e ser considerada porta de entrada aos serviços na AB, deve melhorar a forma como vem lidando com a questão da Saúde da Mulher.

Outra questão alarmante foi o “descuido” ter sido a principal justificativa utilizada pela maioria das mulheres para o atraso em relação ao exame preventivo. Conclui-se, que há necessidade de enfatizar e aprimorar a realização de ações e campanhas educativas que visem ao controle do CCU e possibilitem a integralidade do cuidado. Mas, para que essas medidas se tornem mais eficazes, deve ser utilizada uma linguagem mais adequada a essa população, de modo a aproximar-se da realidade dessas mulheres.

Sabe-se que o ACS possui um papel fundamental no processo de trabalho da ESF e na promoção da saúde, pois atua como elo entre a comunidade e os demais membros da equipe, principalmente pelo vínculo de confiança, respeito e solidariedade que deve estabelecer com a família. A falta de ACS em 2 microáreas trouxe dificuldade à pesquisa, pois foi preciso diminuir o espectro amostral. Em contrapartida, a pesquisa foi beneficiada pela ajuda de uma das ACSs, que possuía excelente vínculo com a comunidade e colaborou na etapa das visitas domiciliares para aplicação das entrevistas semiestruturadas.

Este é um trabalho de relevância pública, pois evidencia como ainda é falha a disseminação de informações a respeito dessa patologia e de sua prevenção. Além disso, nos reporta à importância do papel da Atenção Básica

para tentar reverter esse quadro e da função dos ACS junto a essas mulheres. Portanto, para que haja eficácia nessas medidas, faz-se imprescindível o engajamento nas questões socioculturais que mais influenciam na não adesão ao exame preventivo, buscando orientar, conscientizar e tentar quebrar tabus e preconceitos acerca do procedimento e de sua finalidade.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, K. M. D. **Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados a não realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer de colo de útero em Pernambuco, Brasil.** Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública. 25 2009.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família:** Revista Ciência & Saúde Coletiva. 16: 319- 25 p. 2011.
- ALYRIO, R. D. **Metodologia Científica.** Rio de Janeiro: PPGEN/ UFRRJ 2008.
- AMORIM, V. M. S. L. et al. **Fatores associados à não- realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil:** Caderno de Saúde Pública. 22: 2329- 2338 p. 2006.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família:** Revista Ciência & Saúde Coletiva. 12: 455- 464 p. 2007.
- BORGES, M. F. D. S. O. et al. **Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame.** Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública. 28 2012.
- BRASIL, M. D. S. D. **Política Nacional de Atenção Básica:** Ministério da Saúde do Brasil 2016.
- _____. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.:** Ministério da Saúde do Brasil 2013.
- BRASIL, M. D. S. D.; (DATASUS), D. D. I. D. S.; (SISCOLO), S. D. I. D. C. D. C. D. Ú. 2012.
- BRASIL, M. D. S. D.; INCA, I. N. D. C. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**
Rio de Janeiro: INCA 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde do; INCA, Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva . **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero Atualização 2016**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2016. 27 p.

BRITO-SILVA, K. et al. **Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso**: Revista Saúde Pública. 48: 240- 248 p. 2014.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. D. C. E. **Educação em Saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva. 16 2011.

CONASS, C. N. D. S. D. S. **A ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**. Brasília: 23 p. 2015a.

_____. **A ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**. Brasília: 110- 111 p. 2015b.

CORREA, M. D. S. et al. **Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública. 28: 2257- 2266 p. 2012.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em EVIDÊNCIAS**. 4ª. ed. Porto Alegre: Art Med, 2013. Capítulo 4 Seção I- Atenção Primária à saúde no Brasil.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. **Uma perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos**. São Paulo: Revista Saúde e Sociedade. 19: 429- 439 p. 2010.

FORTUNA, C. M. et al. **Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos**. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2013.

GARCIA, C. D. L. et al. **PERCEPÇÕES DAS MULHERES ACERCA DO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO- UTERINO**. Fortaleza: Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. 23: 118- 125 p. 2010.

GASPERIN, S. I.; BOING, A. F.; KUPEK, E. **Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública. 27: 1312- 1322 p. 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora São Paulo: Atlas 2009.

GIOVANELLA, L. et al. **Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para a avaliação**: Saúde em Debate. 26: 37- 61 p. 2003.

GIRIANELLI, V. R.; THULER, L. C. S.; SILVA, G. A. E. **Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia de Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Basil**. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Cancerologia Obstétrica. 36: 199- 204 p. 2014.

GONÇALVES, C. L. et al. **Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal**: Revista Ciência & Saúde Coletiva. 16: 2501- 510 p. 2011.

INCA, I. N. D. C. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Brasil** Rio de Janeiro 2011.

MARQUI, A. B. T. D. et al. **Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho**. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem USP 2010.

MEDEIROS, A. C. D. et al. **Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras**. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem 2010.

MENDONÇA, Francisco Antonio da Cruz et al. **PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: ADESÃO DE ENFERMEIROS E USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA** . 12. ed. Fortaleza: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev Rene, 2011.261- 70 p.v. 2

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. **Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud**. Buenos Aires: Salud Colectiva. 2: 147- 160 p. 2006.

MOURA, A. D. A. et al. **CONHECIMENTO E MOTIVAÇÕES DAS MULHERES ACERCA DO EXAME DE PAPANICOLAOU: SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**. Fortaleza: Revista Rene. 11: 94- 104 p. 2010.

NASCIMENTO, D. D. G. D.; OLIVEIRA, M. A. D. C. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. São Paulo: O Mundo da Saúde. 34: 92- 96 (página 94) p. 2010.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec 2008.

OLIVEIRA, M. M. H. N. et al. **Cobertura e fatores associados à não- realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão**: Revista Brasileira de epidemiologia. 9: 325- 334 p. 2006.

ORGANIZATION, W. H. **Cancer Control: Knowledge into action**. Switzerland: WHO: WHO 2007.

PORTARIA RAS Nº 4.279. Brasília 2010.

RIBEIRO, M. D. G. M.; SANTOS, S. M. D. R.; TEIXEIRA, M. T. B. **Mulheres com Câncer do Colo do Útero: Prevenção**: Itinerário Terapêutico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero: uma Abordagem Focada na Prevenção Revista Brasileira de Cancerologia. 57: 483- 491 p. 2011.

RICO, Ana María ; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. **“Tem mulher, tem preventivo”**: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2013. 1763-1773 p. v. 29.

ROCHA, B. D. D. et al. **EXAME DE PAPANICOLAU: CONHECIMENTO DE USUÁRIAS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE** Revista de Enfermagem. 2: 619-629 p. 2010.

ROSA, M. I. **Papiloma Vírus Humano e neoplasia cervical**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública. 25: 953- 964 p. 2009.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. D. A. **Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva. 15: 3579- 3586 p. 2010.

SILVA, L. A. A. D. et al. **Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora**. Porto Alegre: Revista Gaúcha Enfermagem (Online) 31 2010.

SILVA, S. E. D. et al. **Representações sociais de mulheres amazônicas sobre o exame papanicolau: implicações para a saúde da mulher.** Distrito Federal: Revista de Enfermagem. 12: 685- 692 p. 2008.

SOARES, M. C. et al. **CÂNCER DE COLO UTERINO: CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL.** Revista de Enfermagem. 14: 90- 96 p. 2010.

SOUZA, M. F. H. **Programa da Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?**: Revista Ciência & Saúde Coletiva. 14: 1325- 35 p. 2009.

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

WILHELMS , Daniela Montano. **Controle do câncer do colo do útero: avaliação do programa de rastreamento em um serviço orientado pelos princípios da atenção primária à saúde.** Porto Alegre: [s.n.], 2012. 22 p.

APÊNDICE

APÊNDICE A

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Nome: _____ Idade: _____

Estado Civil: () Solteira () Casada () Divorciada () Viúva**Filhos?** Sim () Não ()**Grau de escolaridade?** Ensino fundamental completo () Ensino Fundamental incompleto () Ensino Médio completo () Ensino Médio incompleto () Ensino Superior completo () Ensino Superior Incompleto ()**Sabe o que é câncer do colo do útero?** Sim () Não ()**Se sim, Através de que você conheceu?**

() Meios de comunicação (TV , Jornais, Internet, etc);

() Amigos, familiares, vizinhos;

() Unidade Básica de Saúde;

() Outros.

Você sabe o que pode levar ao câncer do colo do útero? Sim () Não ()**Sabe como evitar o câncer do colo do útero?** Sim () Não ()**Conhece o exame preventivo/papanicolau/citopatológico?** Sim () Não ()**Faz exame citológico? Se sim, há quanto tempo fez o último?**

() Não, nunca fez

() Sim, Há menos de 1 ano, ou há 1 ano

() Sim, Há mais de 1 ano

Sabe com que frequência deve ser feito o preventivo? Sim () Não ()**E se está em atraso, qual o motivo do não comparecimento a unidade para realização do exame?**

() Vergonha; () Medo; () Desleixo; () Outros.

Conhece os cuidados para a realização do exame preventivo? Sim () Não ()

ENTREVISTADOR: _____ DATA: _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: CAPTAÇÃO DAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL EM UMA UBSF**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: CAPTAÇÃO DAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL EM UMA UBSF** terá como objetivo geral resgatar as mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos que se encontram com atraso no exame citopatológico.

Ao voluntário caberá a autorização para responder a uma Entrevista Semi-Estruturada com perguntas de múltiplas escolhas, que oferecem, potencialmente, subsídio para levantamento de informação, permitindo, assim, análise das condições que interferem na efetividade do acompanhamento e tratamento realizado na rede de atenção. Ao examinador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

A pesquisa oferece risco moral as participantes, que se explica pelo fato das usuárias participarem de intervenções que podem oferecer algum constrangimento. Os riscos serão minimizados, garantindo ao participante a confidencialidade nos dados coletados e os esclarecimentos sobre a pesquisa. Os benefícios desta pesquisa envolvem identificação dos problemas, suas possíveis soluções e ganho de experiência para os pesquisadores.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9690-4554 com Gisetti Corina Gomes Brandão,

endereço institucional da pesquisadora: Avenida Juvêncio Arruda, nº 795. Bodocongó. Campina Grande. PB.CEP 58429-600.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Será garantido como benefícios resultantes do projeto, retorno aos participantes da pesquisa e instituição onde os dados foram coletados.

Em caso de menores de 18 anos, o pai ou responsável assinará o TCLE, e deverá ser indicado o nome do menor.

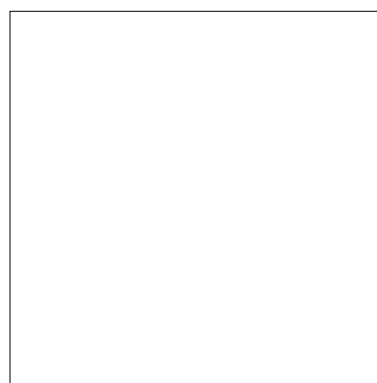
Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Gisetti Corina Gomes Brandão

Pesquisador Responsável

Assinatura do Participante

AssinaturaDactiloscópicadoparticipantedapesquisa
(OBS:utilizado apenas nos casos em que não seja
Possível a coleta da assinatura do participante da
pesquisa).



APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PARA MENORES DE 18 ANOS

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: CAPTAÇÃO DAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL EM UMA UBSF**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: CAPTAÇÃO DAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL EM UMA UBSF** terá como objetivo geral resgatar as mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos que se encontram com atraso no exame citopatológico.

Ao voluntário caberá a autorização para responder a uma Entrevista Semi-Estruturada com perguntas de múltiplas escolhas, que oferecem, potencialmente, subsidio para levantamento de informação, permitindo, assim, análise das condições que interferem na efetividade do acompanhamento e tratamento realizado na rede de atenção. Ao examinador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

A pesquisa oferece risco moral as participantes, que se explica pelo fato das usuárias participarem de intervenções que podem oferecer algum constrangimento. Os riscos serão minimizados, garantindo ao participante a confidencialidade nos dados coletados e os esclarecimentos sobre a pesquisa. Os benefícios desta pesquisa envolvem identificação dos problemas, suas possíveis soluções e ganho de experiência para os pesquisadores.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9690-4554 com Gisetti Corina Gomes Brandão,

endereço institucional da pesquisadora: Avenida Juvêncio Arruda, nº 795. Bodocongó. Campina Grande. PB.CEP 58429-600.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Será garantido como benefícios resultantes do projeto, retorno aos participantes da pesquisa e instituição onde os dados foram coletados.

Em caso de menores de 18 anos, o pai ou responsável assinará o TCLE, e deverá ser indicado o nome do menor.

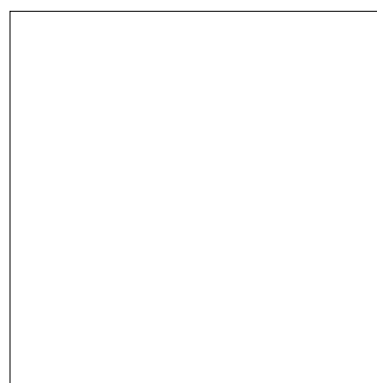
Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Gisetti Corina Gomes Brandão

Pesquisador Responsável

Assinatura do Responsável

AssinaturaDactiloscópicadoparticipantedapesquisa
(OBS:utilizado apenas nos casos em que não seja
Possível a coleta da assinatura do participante da
pesquisa).



APÊNDICE D

TERMO DE ASSENTIMENTO (no caso do menor)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: CAPTAÇÃO DAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL EM UMA UBSF”**. Neste estudo pretendemos objetivo geral resgatar as mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos que estão em atraso no exame citopatológico.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Ao voluntário caberá a autorização para responder a uma Entrevista Semi-Estruturada com perguntas de múltiplas escolhas, que oferecem, potencialmente, subsídio para levantamento de informação, permitindo, assim, análise das condições que interferem na efetividade do acompanhamento e tratamento realizado na rede de atenção. Ao examinador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação.

A pesquisa oferece risco moral as participantes, que se explica pelo fato das usuárias participarem de intervenções que podem oferecer algum constrangimento. Os riscos serão minimizados, garantindo ao participante a confidencialidade nos dados coletados e os esclarecimentos sobre a pesquisa. Os benefícios desta pesquisa envolvem identificação dos problemas, suas possíveis soluções e ganho de experiência para os pesquisadores.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Campina Grande, ____ de _____ de 20____ .

Gisetti Corina Gomes Brandão

Pesquisador Responsável

Assinatura do Participante

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa - UFCG
Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n Bairro: São José CEP: 58.107-670
Telefone: (83)2101-5545
E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Pesquisador(a) Responsável: Gisetti Corina Gomes Brandão
Endereço Institucional da Pesquisadora: Avenida Juvêncio Arruda, nº 795.
Bodocongó
Campina Grande. PB.CEP 58429-600.
Fone: (083) 9690-4554

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

Título da Pesquisa: CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: CAPTAÇÃO DAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL EM UMA UBSF

Pesquisador: Gisetti Corina Gomes Brandão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39463714.1.0000.5182

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 945.557

Data da Relatoria: 25/02/2015

Apresentação do Projeto:

Estuda o Câncer de Colo de Útero da perspectiva de mulheres em idade fértil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Resgatar as mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos que estão em atraso no exame citopatológico.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos que residem em uma área de abrangência;
- Realizar através da caracterização, uma busca ativa pelas mulheres que não compareceram ao citopatológico no período de 2008 a 2013;
- Viabilizar o exame citopatológico dessas mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O termo risco refere-se à possibilidade de ocorrência de algum dano, sendo assim essa pesquisa oferece risco moral as participantes, que se explica pelo fato das usuárias participarem de intervenções que podem oferecer algum constrangimento. Os

riscos serão minimizados garantindo ao participante a confidencialidade nos dados coletados e os esclarecimentos sobre a pesquisa. Benefícios:

A realização desta pesquisa traz benefícios para os pesquisadores, com ganho de conhecimento e experiência, e as usuárias participantes, na identificação dos problemas e suas possíveis soluções.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, descrito adequadamente. A metodologia descrita é quantitativa realizada com todas as mulheres em idade fértil, de cinco microáreas, de 10 a 49 anos que não realizaram o exame citopatológico no período de 2008 a 2013 e que já iniciaram a vida sexual, cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF). Todas vinculadas à UBSF Wesley Targino, na Cidade de Campina Grande, Paraíba.

Dos objetivos, apenas o objetivo "Caracterizar as mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos que residem em uma área de abrangência" encontra-se descrito adequadamente na metodologia. Os demais não são explicitados quanto a forma de serem alcançados.

O cronograma encontra-se inadequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: Folha de rosto, termo de autorização da SMS de Campina Grande, Termo de compromisso da equipe de pesquisa, TCLE e termo de assentimento.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

À equipe de pesquisa:

- Atentar para os objetivos não previstos na metodologia, os quais foram desconsiderados nessa análise.
- ter ciência que a coleta de dados deve ser realizada apenas após aprovação do CEP.
- submeter os resultados do à plataforma brasil, conforme previsto nas normas éticas.

Situação do Parecer:

Aprovado



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Às 10:05 horas do dia 04 / 11 / 2016, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Conhecimento das mulheres em idade fértil
sobre o câncer de colo de útero

de autoria do(s) aluno(s):

Luciana Aquino de Almeida
Mércia Genestina de Sousa Marcel

sendo orientados por:

Gyetti Louisa Gomes Brandão

E Co orientador:

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Teciana da Costa Farias Almeida
Victoria Regina Quirino de Araújo

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno:

Mércia

passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 30 minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu aprovar o trabalho, conferindo a nota final de 9,3. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 04 / 11 / 2016.

Orientador

Gyetti Louisa Gomes Brandão

Titular 1

Teciana da Costa Farias Almeida

Titular 2

Victoria Regina Quirino de Araújo

Suplente

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Av. Juvêncio Arruda 795 - Bodocongó - Campina Grande - Paraíba - CEP 58109-790