

Avaliação dos serviços de saúde e dos recursos materiais para rastreamento do câncer cervical em Ouro Preto - MG

Evaluation of health services and material resources for cervical cancer screening in Ouro Preto – MG

Renata R. e Rezende Oliveira¹
Orcid: 0000-0001-6349-478X

Giselle Ap. de Souza Rezende²
Orcid: 0000-0003-4494-3783

Bruna Viana Silva³
Orcid: 0000-0002-4967-6971

Ana Luiza Lage⁴
Orcid: 0000-0002-3285-425X

Bruna Aparecida Martins⁵
Orcid: 0000-0002-3865-5390

Marco Antônio Veloso⁶
Orcid: 0000-0003-1622-2102

Bruna Albuquerque Geöcze⁷
Orcid: 0000-0003-2800-9755

Ronan David Souza Abreu⁸
Orcid: 0000-0003-3614-990X

Mariana Trevisan Rezende⁹
Orcid: 0000-0002-9514-9312

Cláudia Martins Carneiro¹⁰
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6002-857X>

Resumo

A realização periódica do exame de Papanicolaou é o método convencional no Brasil para o rastreamento do Câncer do Colo do Útero (CCU). As estratégias de serviço e os recursos materiais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são aspectos fundamentais que refletem na qualidade do programa de rastreamento. **Objetivo:** Analisar quatro UBS do município de Ouro Preto, Minas Gerais e verificar o contexto local de rastreamento do CCU. **Métodos:** Foi realizado estudo qualitativo, baseado em entrevistas semiestruturadas com enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) das UBS selecionadas. **Resultados:** Observou-se que apenas uma UBS apresentava planta física e recursos materiais adequados à realização do exame. Em geral, as ACS realizavam busca ativa não sistematizada das pacientes para realização do exame de Papanicolaou. A conduta para informar os resultados alterados às pacientes era semelhante entre as UBS, porém, não havia padronização para realizar o seguimento dos casos alterados. Além disso, as atividades educativas eram escassas para a comunidade e para a equipe de trabalho. **Conclusão:** Percebe-se que uma estrutura física de qualidade associada a uma equipe de saúde da família (ESF) treinada favorece o estabelecimento de programas de rastreamento exitosos. Por não se tratar de uma realidade de todas as UBS locais, é necessário lançar princípios de organização para sistematizar as estratégias de busca ativa, registro e acompanhamento das pacientes, sendo os ACS fundamentais neste processo, devido à proximidade com a população.

Palavras-chave: Câncer do Colo do Útero; Serviço de Saúde; Infraestrutura para a Promoção de Saúde)

Abstract

The periodic Pap smear is the conventional method in Brazil for cervical cancer (CC) screening. Service strategies and material resources in the primary health centers (HC) are fundamental aspects that reflect on the quality of the screening program. Objective: To analyze four primary HC in the city of Ouro Preto, Minas Gerais and verify the local context

¹ Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto/Minas Gerais, Brasil. E-mail: renatarezendeoliveira@gmail.com

² Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto/Minas Gerais, Brasil. E-mail: giselle.rezende@aluno.ufop.edu.br

³ Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto/Minas Gerais, Brasil. E-mail: bubviannasv@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto/Minas Gerais, Brasil. E-mail: aluizals@yahoo.com.br

⁵ Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto/Minas Gerais, Brasil. E-mail: brunamartinsop@gmail.com

⁶ Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto/Minas Gerais, Brasil. E-mail: marco.veloso@aluno.ufop.edu.br

⁷ Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto/Minas Gerais, Brasil. E-mail: bruna.geocze@gmail.com

⁸ Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto/Minas Gerais, Brasil. E-mail: ronandsa@gmail.com

⁹ Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto/Minas Gerais, Brasil. E-mail: maritrevisanrezende@gmail.com

¹⁰ Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto/Minas Gerais, Brasil. E-mail: claudiamartinscarneiro@gmail.com

of CC screening. Methods: A qualitative study was conducted by means of semi-structured interviews with nurses and community health agents (CHA) from the four selected UBS. Results: It was observed that only one HC had adequate physical plant and material resources to carry out the exam. In general, the CHA carried out non-systematized active search of patients to undergo the Papanicolaou test. The procedure for informing patients of altered results was similar between the UBS, however, there was no standardization for following up on altered cases. Furthermore, educational activities were scarce for the community and the work team. Conclusion: It is noticed that a quality physical structure associated with a well-trained work team promotes the establishment of successful screening programs. As it is not a reality of all local HC, it becomes necessary to implement organizational principles to systematize the strategies for active search, registration and monitoring of patients, with the CHA being fundamental in this process, due to their proximity to the population

Keywords: Uterine Cervical Neoplasms; Health Services; Health Infrastructure.

Introdução

O Câncer de Colo do Útero (CCU) consiste na replicação autônoma e desordenada das células epiteliais do tecido de revestimento da porção anatômica inferior do útero, podendo comprometer estruturas ou órgãos adjacentes ou à distância¹. O Brasil possui estimativa de 16.710 novos casos de CCU para cada ano do triênio 2020-2022, com um risco de 16,35 casos a cada 100 mil mulheres. Essa taxa varia conforme as regiões do país: é o segundo tipo de câncer mais incidente na população feminina no norte, nordeste e centro-oeste. Na região sul, ocupa a quarta posição e na região sudeste a quinta, refletindo as diferenças regionais do Índice de Desenvolvimento Humano².

O exame de Papanicolaou ou citopatológico do colo do útero, realizado periodicamente, é o método convencional utilizado no país para o rastreamento do CCU. Este exame é eficaz para identificar lesões pré-neoplásicas, que são passíveis de tratamento e cura, o que contribui significativamente para redução das taxas de incidência e mortalidade desta neoplasia³. O Ministério da Saúde possui diretrizes para coleta e armazenamento do exame, além do seguimento e encaminhamento de pacientes para rede especializada em caso de alterações nos resultados. As equipes da atenção primária envolvidas na realização do exame de Papanicolaou são treinadas conforme as diretrizes nacionais, o que é imprescindível para prevenção deste tipo do CCU^{4,5}.

Entretanto, a qualidade do programa de rastreio no país foi considerada baixa devido a fatores como dificuldade de acesso, demora em realizar o exame e recebimento de orientações⁶. Além do seguimento das diretrizes do Ministério da Saúde, são necessários investimentos na rede de atenção básica para melhorar o desempenho dos serviços e promover a equidade social em saúde. Isso se explica, pois a adequação da estrutura física, dos recursos materiais e do processo de trabalho em si interfere na qualidade do rastreio.

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, há 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS) registradas em Ouro Preto, Minas Gerais. Nestes estabelecimentos há 20 equipes de saúde da família credenciadas, nas quais participam 20 enfermeiros, 20 médicos e mais de 100 agentes comunitários de saúde (ACS), responsáveis pelo fluxo do exame de Papanicolaou. A maioria das UBS (n=21) está localizada em distritos, em regiões rurais mais distantes da sede. Tendo em vista a importância das estratégias de serviço e dos recursos materiais das UBS para estabelecer um programa de rastreamento de qualidade, foram avaliadas quatro UBS do município para avaliação do contexto local de rastreio do CCU.

Materiais e Métodos

Foi realizado estudo qualitativo, baseado em entrevistas semiestruturadas

com enfermeiros e ACSs de quatro UBS do município de Ouro Preto. As UBSs foram selecionadas de forma aleatória e identificadas pelas letras A, B, C e D. A UBS D é situada em um distrito rural e as demais na sede. As entrevistas foram conduzidas para coleta de informações sobre o exame de Papanicolaou e rastreio do CCU, além de avaliar a logística do trabalho e a realidade local. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto aprovou o projeto sob nº 2.835.265.

Foram utilizados dois formulários para conduzir a entrevista. O formulário 1 possui trinta e três perguntas fechadas e foi aplicado somente às enfermeiras responsáveis pela UBS. As perguntas fechadas abordam os aspectos estruturais da UBS: recursos materiais e humanos além de planta física da UBS. O formulário 2 contempla oito perguntas abertas e foi aplicado às enfermeiras e ACS. As perguntas abertas tratam dos seguintes aspectos: posicionamento sobre estrutura física da UBS; estratégias para captação e conscientização das mulheres para realização do exame; mecanismos para identificação de mulheres em atraso com exame; fatores que facilitam ou restringem o controle do CCU a nível de Atenção

Primária (pergunta específica para a Enfermeira) e sugestões para melhora do serviço em saúde (pergunta específica para ACSs). Os dados foram compilados em quadros para facilitar a extração de informações.

Resultados

O formulário 1 foi respondido durante entrevista com 4 enfermeiras. Os resultados obtidos foram descritos no quadro 1. Dentre as 4 UBSs avaliadas neste estudo, percebe-se que a UBS D apresentou a melhor avaliação em termos de estrutura. O único item ausente em sua planta física foi controle de temperatura ambiente. A UBS A não apresentou local destinado à realização de atividades educacionais em saúde, além de não dispor de controle de temperatura na sala de coleta. Além desses itens citados nas UBS A e D, a UBS B não possui sala com ventilação, iluminação e condições de higiene adequadas para o desenvolvimento das atividades. A planta física da UBS C é considerada a mais precária, por não apresentar os itens anteriores, com o fator agravante de ausência de sala de espera com bancos para sentar.

Quadro 1: Descrição e características estruturais das Unidades Básicas de Saúde A, B, C e D do município de Ouro Preto (formulário 1).

ESTRUTURA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE				
	A	B	C	D
PLANTA FÍSICA SIM / NÃO				
1. Há sala de espera com bancos para sentar?	Sim	Sim	Não	Sim
2. Existe sala de exame (consultório) individual?	Sim	Sim	Sim	Sim
3. Condições de higiene e ventilação adequadas?	Não	Sim	Não	Sim
4. O consultório dispõe de pia para lavar as mãos?	Sim	Sim	Sim	Sim
5. O consultório dispõe de banheiro?	Sim	Sim	Sim	Sim
6. Iluminação adequada para o desenvolvimento das atividades?	Não	Sim	Não	Sim
7. Há sistema para regular a temperatura ambiente	Não	Não	Não	Não
8. Há local para realização de atividades de educação em saúde?	Sim	Não	Sim	Sim
RECURSOS MATERIAIS SIM / NÃO				
1. Mesa e cadeiras?	Sim	Sim	Sim	Sim
2. Mesa ginecológica?	Sim	Sim	Sim	Sim
3. Escada de dois degraus?	Sim	Sim	Sim	Sim
4. Mesa auxiliar?	Sim	Sim	Sim	Sim

5. Foco de luz com cabo flexível?	Sim	Sim	Sim	Sim
6. Biombo ou local reservado para troca de roupa?	Sim	Sim	Sim	Sim
7. Cesto de lixo?	Sim	Sim	Sim	Sim
8. Espéculo de tamanhos variados - pequeno, médio, grande e para virgem?	Não	Não	Não	Sim
9. Balde com solução desincrostante em caso de instrumental não descartável?	Sim	Não	Sim	Sim
10. Lâminas de vidro com extremidade fosca?	Sim	Sim	Sim	Sim
11. Espátula de Ayre?	Não	Não	Não	Sim
12. Escova endocervical?	Não	Não	Não	Sim
13. Par de luvas para procedimento?	Não	Não	Não	Sim
14. Pinça de Cherron?	Sim	Não	Sim	Sim
15. Avental/ camisola para a mulher?	Sim	Sim	Não	Sim
16. Lençóis?	Sim	Sim	Sim	Sim
17. Formulário para requisição de exame citopatológico – colo do útero?	Sim	Sim	Sim	Sim
RECURSOS HUMANOS SIM / NÃO				
1. As coletas dos exames preventivos são realizadas por médicos e enfermeiros?	Sim	Não	Sim	Não
2. As coletas dos exames preventivos são realizadas apenas por médicos?	Não	Não	Não	Não
3. As coletas dos exames preventivos são realizadas apenas por enfermeiros?	Não	Sim	Não	Sim
4. Há profissionais de outras categorias realizando coleta de exames preventivos?	Sim	Não	Sim	Não
5. As consultas ginecológicas são realizadas por médicos e enfermeiros?	Sim	Sim	Sim	Não
6. As consultas ginecológicas são realizadas apenas por médicos?	Não	Não	Não	Não
7. As consultas ginecológicas são realizadas apenas por enfermeiros?	Não	Não	Não	Sim
8. Há profissionais de outras categorias realizando consultas ginecológicas?	Não	Não	Não	Não

Na UBS D foram identificados todos os recursos materiais para realização do exame de Papanicolaou. Entretanto, nas UBS B e UBS C foi relatada ausência de insumos como: escovas endocervicais, espéculos, espátulas de Ayre e luvas de procedimento. Na UBS C havia falta de camisola descartável para realizar o exame. A UBS B não apresentava pinça de Cherron e balde com solução desincrostante para limpeza de instrumental não descartável.

Quando avaliados os recursos humanos, na UBS D as consultas ginecológicas e coletas do exame eram realizadas por enfermeiros. Na UBS B, médicos e enfermeiros dividiam estas funções. Na UBS A, somente o enfermeiro realizava coleta; as consultas eram realizadas por ambos. Profissionais de outras categorias realizavam coleta de exame nas UBS B e C, mas não realizavam consultas.

O formulário 2 foi respondido durante entrevista com 4 enfermeiras e 19

ACSs. Foram apresentadas as falas mais expressivas.

As informações sobre adequabilidade da estrutura física e estratégias para captação de mulheres estão no Quadro 2. As respostas obtidas durante entrevista corroboram com os dados coletados por meio do formulário 1, indicando que a UBS D é a mais adequada entre as UBS comparadas quanto à estrutura física. Com relação às estratégias para captação de mulheres em falta com o exame, a grande maioria dos profissionais relatou que os ACSs fazem busca ativa de pacientes durante visitas domiciliares. Percebe-se que há variabilidade nas respostas entre os membros da mesma equipe, apontando para possível falta de sistematização das estratégias em cada UBS. Muitos ACS aproveitam as visitas domiciliares para realizar o convite à realização do exame, mas não executam esta abordagem de forma programada.

Quadro 2: Falas expressivas obtidas durante entrevista utilizando formulário 2 com Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde A, B, C e D do município de Ouro Preto (perguntas 1 e 2).

PERGUNTA	FALAS EXPRESSIVAS			
	UBS A	UBS B	UBS C	UBS D
1. Você considera adequada a estrutura que é oferecida nesta unidade para realização do exame de prevenção? Por quê?	<p><i>“Não. A sala é pequena para caber a paciente, espaço físico não é adequado, não é o mais apropriado para ser um posto de saúde.”</i></p> <p><i>“A estrutura não é a mais adequada, pois a sala é pequena. O prédio em si não é adequado.”</i></p>	<p><i>“Poderia ser mais salas para coleta, só tem uma.”</i></p> <p><i>“Não, falta material. Material de baixa qualidade. Falta área própria.”</i></p>	<p><i>“Não, há mofo na sala, a porta não fecha direito.”</i></p> <p><i>“Sala escura, ventilação ruim.”</i></p>	<p><i>“Sim. Tem salas suficientes, materiais que não faltam e uma ótima profissional.”</i></p> <p><i>“Sim. Tem tudo novo.”</i></p>
2. Que estratégias são utilizadas para informação e captação das mulheres na faixa etária priorizada para a realização do exame preventivo?	<p><i>“Os ACSs possuem uma lista de pacientes no sistema, por lá eles conseguem saber se a mulher está na faixa etária alvo, aí podem convidar as mulheres para fazer o preventivo.”</i></p> <p><i>“Aproveito o momento das visitas mesmo, como a gente conhece as mulheres sempre falo para ela ir no posto fazer o exame preventivo.”</i></p>	<p><i>“ACS, carta informativa.”</i></p> <p><i>“Busca ativa nas que aceitam, na área tem mulheres que não fazem, conversa somente com as mulheres que permitem.”</i></p>	<p><i>“As ACS fazem busca ativa, a médica encaminha para a enfermeira; não sabe se as pacientes vêm com certeza.”</i></p>	<p><i>“Fiz palestras e consultas agendadas nas casas das pacientes através das ACS. Tem aproximadamente 35 vagas para realização do exame por semana.”</i></p> <p><i>“Visitas. A enfermeira fez uma lista com as mulheres que já realizaram e o exame e as que ainda não realizaram, e a data do último exame”</i></p>

O quadro 3 traz respostas sobre identificação das pacientes alvo, que estejam e falta com o exame, assim como a conduta em casos alterados. Em todas as UBSs foi citado que há um caderno onde é feito controle manualmente, onde são feitas as anotações sobre realização do exame de Papanicolaou. Em geral, este controle é feito pela Enfermeira responsável. Foi citado também o controle em planilha de Excel nas UBS B e D. Entretanto, na UBS B foi afirmado que este caderno é individual da ACS e que não há um mecanismo de controle, apenas no caso de exames alterados, os quais são

dispostos em uma pasta para consulta mensal das agentes. Na UBS C há o registro manual, entretanto, não há tempo suficiente para análise, impedindo a utilização destes dados para direcionar a busca ativa. Em todas as UBS a Enfermeira é quem dita a conduta frente os exames alterados, solicitando às ACS para que realizem contato com as pacientes para realizar um retorno à unidade. A entrega do exame alterado é realizada pela Enfermeira, durante consulta. Ressalta-se que na UBS D o contato é feito com a paciente, tendo a consulta agendada previamente.

Quadro 3: Falas expressivas obtidas durante entrevista utilizando formulário 2 com Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde A, B, C e D do município de Ouro Preto (perguntas 3 e 4).

PERGUNTA	FALAS EXPRESSIVAS			
	UBS A	UBS B	UBS C	UBS D
3. Existe algum mecanismo de controle para identificação e busca ativa das mulheres com este exame em atraso?	<p>“Caderno de anotações só de mulheres que fizeram e com alteração. É possível verificar se a mulher está fazendo o exame anualmente.”</p> <p>“Pelas marcações do exame em um caderno dá para ter um controle, a enfermeira consegue saber se tem alguma mulher que precisa fazer o preventivo.”</p>	<p>“Não, só quando tem alteração o enfermeiro deixa em uma pasta e tem que olhar 1 vez por mês. Reclamam da demora da entrega do resultado.”</p> <p>“Caderno individual da ACS e tabela de Excel”.</p>	<p>“Há um caderno de preventivo que dá para saber quem faz o exame.”</p> <p>“O caderno é de quem faz [o exame] e não dá tempo de analisar, tem registro do que é feito, das que nunca fizeram não sabe.”</p>	<p>“A enfermeira tem controle do exame e quando a paciente tem que voltar. A enfermeira avisa as ACS para avisarem as mulheres.”</p> <p>“Planilha de Excel com resultados e consultas nesta planilha.”</p>
4. Nos casos de resultados de exames com alguma alteração qual a conduta dentro da unidade básica de saúde?	<p>“Todos exames quando chegam ao posto passam primeiro para enfermeira. Exames negativos são repassados para cada ACS. Quando tem alguma alteração a gente não entrega direto para a mulher, quando vamos na visita falamos para a mulher ir ao posto e pegar o resultado do exame com a enfermeira, mas a gente não fala se tem alguma coisa.”</p>	<p>“As mulheres são chamadas na UBS.”</p> <p>“Enfermeiro olha e pede para fazer busca ativa da paciente, avisando-a para retornar. Orientações orais nas visitas, ACS entregam resultado negativo nas casas, os positivos, as ACS falam para as mulheres pegarem o exame com o enfermeiro.”</p>	<p>“A Isadora [enfermeira] pede as ACS que seja agendada a consulta de retorno com ela.”</p> <p>“Os resultados só são entregues na UBS e negativos são entregues na recepção e os positivos só pela enfermeira na consulta de retorno.”</p>	<p>“Já agenda a consulta e pede que os ACS informem a paciente.”</p> <p>“Os resultados negativos ficam na recepção e própria paciente busca. Já os positivos, a enfermeira marca consulta e somente ela entrega o resultado a paciente.”</p>

Conforme apresentado no quadro 4, percebe-se que o diálogo entre a ESF e os níveis de atenção mais complexos (Atenção Secundária e Terciária), sobre tratamento e controle do CCU, ocorre de forma imprecisa. A equipe não possui contato direto com as instituições de níveis avançados de atenção à saúde. As enfermeiras encaminham as pacientes para exames complementares em casos mais graves, mas há uma falha na comunicação, citada pelos profissionais das UBSs B e D, em que o contato com a paciente é perdido.

O quadro 4 ainda demonstra que atividades educativas individuais ou coletivas foram precariamente desenvolvidas nas UBS A e B, em que a conscientização ocorre predominantemente por meio de cartazes informativos, em campanhas como Outubro Rosa ou na rotina das pacientes. Na UBS C foi citada dificuldade em desenvolver tais atividades, devido à baixa adesão da comunidade. Apenas na UBS D foi demonstrado maior comprometimento em ações individuais e coletiva: há grupos operativos, rodas de conversa e palestras para a população.

Quadro 4: Falas expressivas obtidas durante entrevista utilizando formulário 2 com Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde A, B, C e D do município de Ouro Preto (perguntas 5 e 6).

PERGUNTA	FALAS EXPRESSIVAS			
	UBS A	UBS B	UBS C	UBS D
5. Como ocorre a interação entre a Equipe de Saúde da Família e a Atenção Secundária e Terciária relacionada ao tratamento/ controle do câncer do Colo do Útero?	<p>“O contato é feito pela própria enfermeira.”</p> <p>“Sim, o contato é quando tem casos que não podemos resolver no posto. As pacientes são encaminhadas para a atenção secundária a Policlínica ou para o Centro Viva Vida.”</p>	<p>“Não tem contato direto com atenção 2ª e 3ª. Só a secretaria de saúde que liga e pergunta se fez ou vai fazer algo sobre a prevenção. Paciente é que conta sobre os exames alterados quando encaminha para o Viva Vida. A marcação passa pela agente e só se sabe do retorno se a paciente contar.”</p>	<p>“Encaminha direto para o Centro Viva Vida [em Itabirito] ou para ginecologista em Ouro Preto. Depende da gravidade da alteração.”</p>	<p>“A enfermeira é quem sabe a respeito.”</p> <p>“Falta Informação do Centro Viva Vida, é necessário perguntar a paciente o que está acontecendo.”</p>
6. São desenvolvidas atividades educativas, individuais ou coletivas? Quais?	<p>“Tem um tempo que não fazemos, mais utilizado mesmo são fixação de cartazes informativos na recepção do posto.”</p> <p>“Tem as atividades desenvolvidas no Outubro Rosa, podemos usar de informações na sala de espera e na recepção da UBS.”</p>	<p>“Individuais sempre na rotina. Toda a equipe faz.”</p> <p>“Esporadicamente, só em campanha, não consegue trabalhar por ser só uma equipe.”</p>	<p>“Karina [médica] está fazendo um grupo para realizar palestras, mas há dificuldade das pessoas em comparecer.”</p> <p>“Foi feito um grupo de mulheres para falar sobre planejamento familiar. É difícil fazer esse tipo de atividade, pois as mulheres não vêm.”</p>	<p>“Coletivas, grupos e ações individuais com a enfermeira.”</p> <p>“Grupos operativos mostrando a importância do cuidado da saúde, roda de conversa, palestras quando agendadas.”</p>

Quando questionados sobre a realização de curso de capacitação que tenha impactado de forma positiva em sua rotina profissional, todos os entrevistados citaram os cursos oferecidos pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), conforme quadro 5. Alguns relataram participação em eventos como congressos, minicursos ou capacitações ofertadas por outras instituições, além de cursar especialização. Com relação à possibilidade de melhoria do serviço, os profissionais apresentaram sugestões e

aspectos facilitadores para aumentar a qualidade, como: ampliar o acesso e o incentivo à capacitação; melhorar as condições de trabalho por meio da adequação da estrutura física das UBSs e do suprimento com os insumos necessários; disponibilizar mais vagas e horários de atendimento flexíveis e amplos para atender mulheres que trabalham fora; além da redução do tempo de entrega de resultados e acesso a informações para seguimento adequado das pacientes.

Quadro 5: Falas expressivas obtidas durante entrevista utilizando formulário 2 com Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde A, B, C e D do município de Ouro Preto (perguntas 7 e 8).

PERGUNTA	FALAS EXPRESSIVAS			
	UBS A	UBS B	UBS C	UBS D
7. Nos últimos dois anos você realizou algum curso, capacitação ou treinamento que tenha refletido positivamente em sua atuação no programa de prevenção e controle do câncer do colo do útero?	<p>“Na Escola de Farmácia e curso no UNASUS.”</p> <p>“Todos os ACS relataram que fizeram treinamento e alguns deles ocorreram na UFOP (Universidade Federal de Ouro Preto).”</p>	<p>“Sim, vários com EFAR, minicursos, congressos ginecológicos.”</p> <p>“Sim, na UFOP sobre ISTs e HPV.”</p>	<p>“Curso feito na UFOP pelo Âmbar, foram em torno de 6 encontros.”</p> <p>“Encontro de Mulheres na UBS sobre contracepção e também de dois minicursos na UFOP 1 vez por mês em 2018.”</p>	<p>“Especialização em obstetria e revisão do Protocolo feita pelos próprios enfermeiros de Ouro Preto em 2018.”</p> <p>“Sim, tem uma educação permanente dada pelo pessoal da UFOP.”</p>
8. Pergunta feita especificamente para as ACS: Qual a sua sugestão para melhorar a qualidade do serviço?	<p>“Melhores condições de trabalho, que tivesse mais acesso os materiais necessários.”</p> <p>“Que fosse oferecido mais cursos para atualizar os profissionais da saúde.”</p>	<p>“Acessar as pessoas certas, as que não vem mesmo. Talvez fosse mais interessante ACS fazerem campanha.”</p> <p>“Mais vagas para prevenção, mais salas, mais profissionais, só faz coleta na segunda feira.”</p>	<p>“Melhora na infraestrutura da UBS.”</p> <p>“Se tivesse melhor estrutura da unidade, haveria mais adesão. Falta camisola, a sala não tem iluminação adequada. A demora na entrega dos exames é algo que afeta a adesão, e também a falta de informação e de estratégia para conscientizar as mulheres.”</p>	<p>“Agilidade nos resultados. Facilitar a consulta de dados para as ACS para poder informar as pacientes se está próximo a data do próximo exame.”</p> <p>“Continuar tendo abertura em relação pacientes e funcionários, acolhimento, uma boa estrutura de funcionários para um bom trabalho.”</p>
8. Pergunta feita especificamente para a Enfermeira: Quais os fatores facilitadores e restritivos da assistência na prevenção e controle do câncer do colo do útero na atenção primária?	<p>Fatores restritivos: “se o profissional que faz o preventivo for homem; o horário e os dias da realização de preventivo não são acessíveis para todas as mulheres.”</p>	<p>“Acesso, infelizmente tem que escolher quais preventivos porque não tem vaga. Falta organização e acesso para todas, falta insumo, estrutura. Tinha que ter mais salas de coletas.”</p>	<p>“Resistência das mulheres por vergonha, medo de realizar o exame e do resultado. Transporte está muito difícil e com isso demora. Há mulheres que vem sempre, que tem interesse.”</p>	<p>“Contra referência, colposcopia e biópsia é longe e demora. Uso as vezes espêculo de metal, pois a UBS tem. Algumas vezes pedi as mulheres para vir de vestido ou saia para o exame pois não tinha camisolas, aí o vereador do distrito doou o pano e uma costureira voluntária dez as camisolas.”</p>

Discussão

Segundo Barcelos et al.⁶, a estrutura das UBSs pode ser considerada adequada para realização do exame de Papanicolaou quando há pelo menos os seguintes itens: foco de luz, luvas, mesa de exame ginecológico, escova endocervical,

espêculo descartável, pinça deslizante, espátula de Ayre, lâmina de vidro, frasco plástico com tampa e requisição de exame. A estrutura é considerada inadequada quando há disponibilidade de seis ou menos destes itens. Conforme esta avaliação, apenas a UBS D é considerada adequada em detrimento das demais. Tal

fato é alarmante e confirma que países com baixo IDH, onde mais de 85% dos óbitos por CCU ocorrem, as limitações relacionadas à infraestrutura e capacidade técnica dificultam o êxito de seus programas de rastreamento e contribui para que o CCU seja um grande problema de saúde pública^{7,8}.

No Brasil, o programa de rastreamento do CCU não é considerado organizado, tampouco utiliza sistematicamente a estratégia de convite. De maneira inversa, as pacientes que acessam as unidades de saúde para realizar consulta médica ou pré-natal, ou mediante queixas ginecológicas, são orientadas a realizar o exame de Papanicolaou, o que caracteriza o rastreamento como oportunístico^{9,10}. De forma semelhante, conforme resultados das entrevistas no município, as estratégias para captação e registro de mulheres para identificação e controle das mulheres alvo são difusas. Há a tendência para busca ativa não sistematizada da população. Os registros são feitos em grande parte manualmente, os ACSs realizam visita domiciliar com foco em informar a população, identificar problemas e comunicar agendamentos, mas não foi citado o direcionamento da busca por mulheres potencialmente em situação de risco para desenvolvimento do CCU. Diante disto, é necessário desenvolver registros de base populacional para avaliação e seguimento de casos alterados, além de propor soluções para os problemas recorrentes e localização de pacientes que nunca fizeram o exame ou estão em atraso^{11,12}.

A conduta para informar os resultados alterados às pacientes é semelhante entre as UBS, entretanto, não há padronização para realizar o seguimento dos casos positivos nas UBS, com exceção da UBS D onde a enfermeira responsável realiza acompanhamento direto dos resultados. Percebe-se que é feito o encaminhamento para a Atenção Secundária e Terciária quando necessário, mas há propensão à perda de seguimento

da paciente, caso a mesma não seja procurada pela UBS. Esse cenário contribui para a ineficiência dos programas de rastreamento, uma vez que as falhas na notificação de pacientes com resultados alterados podem atrasar o tratamento e a qualidade do seguimento, levando à redução do potencial de detecção precoce das lesões pré-neoplásicas e do CCU¹³.

As atividades educativas são escassas, com exceção da UBS D, onde são feitas palestras e rodas de conversa com mais frequência. Isso se contrapõe ao fato de que ações de conscientização exercem papel essencial na prevenção do CCU e contribuem para aumento da adesão à realização do exame de Papanicolaou. De forma indireta, a educação em saúde favorece a detecção e tratamento precoce de lesões e do câncer; consequentemente, permite a redução da mortalidade e da incidência de sequelas provocadas pelo CCU^{14,15,16,17,18}.

Disponibilizar informações por meio de linguagem culturalmente adaptada à população local é fundamental para diminuir o risco de desenvolvimento de lesões^{14,19}. Dessa forma, as atividades educativas carecem de atenção no município, com o intuito de aumentar a adesão ao programa de rastreamento.

De maneira geral, países com alta renda conseguiram reduzir os índices de CCU, mas o mesmo não ocorreu em países com baixa e média renda, nos quais os programas de rastreamento são subfinanciados e pouco efetivos. A garantia de acesso aos cuidados de saúde oferecida por alguns países não necessariamente proporcionou diminuição significativa nas taxas de incidência e mortalidade pelo CCU, pois é necessário organizar a logística do programa⁷. Considerando o papel desempenhado pelos ACSs, responsáveis por oferecer serviços básicos de saúde e realizar visitas domiciliares, devido à sua proximidade e aceitabilidade pela população são profissionais que podem atender em regiões de difícil acesso e

contribuir significativamente com conscientização em sua área de saúde²⁰.

Conclusão

A associação de uma boa estrutura física na UBS com uma ESF treinada favorece o estabelecimento de programas de prevenção e rastreio exitosos. Por não se tratar de uma realidade de todas as UBS

locais, é necessário lançar princípios de organização nas estratégias para busca ativa, registro e acompanhamento das pacientes. Devido à proximidade dos ACSs com a população e a possibilidade de atingir regiões de difícil acesso, estes profissionais tornam-se engrenagens fundamentais para implementar um sistema organizado de rastreamento.

Referências

1. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Controle do câncer do colo do útero - Conceito. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-uterio/conceito-e-magnitude>. Acesso em: 13.07.2021.
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ouro-preto/panorama>. Acesso:07.06.2020.
3. Tomasi E. et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2015; 5 (2): 171-180.
4. Onyenwenyi AOC, Mchunu GG. Primary health care workers' understanding and skills related to cervical cancer prevention in Sango PHC centre in south-western Nigeria: a qualitative study. Primary Health Care Research & Development. 2019; 20: 93.
5. Meira KC. et al. Analysis of the effects of the age-period-birth cohort on cervical cancer mortality in the Brazilian Northeast. Plos One. 2020; 15(2).
6. Barcelos MRB. et al. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. Revista de Saúde Pública. 2017; 51: 67.
7. Lopez MS. et al. Cervical cancer prevention and treatment in Latin America. Journal of Surgical Oncology. 2017; 115(5): 615-618.
8. Wakabayashi R. et al. The Host-Microbe Interplay in Human Papillomavirus-Induced. Carcinogenesis Microorganisms. 2019; 7(7): 199.
9. Navarro C. et al. Cervical cancer screening coverage in a high-incidence region. Revista de Saúde Pública. 2015; 49.
10. Franco DN. et al. Screening cervical cancer by the Pap test – relevance of age aanges recommended by the Brazilian Programme for Prevention and Control. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2017; 18(9): 2431-2435.
11. Finocchiaro-Kessler S. et al. Cervical cancer prevention and treatment research in Africa: a systematic review from a public health perspective. BMC Womens Health. 2016; 16.
12. Acera A. et al. Increasing Cervical Cancer Screening Coverage: A Randomised, Community-Based Clinical Trial. Plos One. 2017; 12(1).
13. Wang SX. et al. A preliminary cervical cancer screening cascade for eight provinces rural Chinese women: a descriptive analysis of cervical cancer screening cases in a 3-stage framework. Chinese Medical Journal. 2019; 132 (15): 1773-1779.
14. Kessler TA. Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. Seminars in Oncology Nursing, Elsevier. 2017; 33(2):172-183.
15. Silva RCG. et al. Perfil de mulheres com câncer de colo do útero atendidas para tratamento em centro de oncologia. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2018; 18 (4).

16. Donatus L. et al. Assessing the uptake of cervical cancer screening among women aged 25-65 years in Kumbo West Health District, Cameroon. *Pan African Medical Journal*. 2019; 33.
17. Getachew S. et al. Cervical cancer screening knowledge and barriers among women in Addis Ababa, Ethiopia. *Plos One*. 2019; 14(5).
18. Kurt G; Akyuz A. Evaluating the Effectiveness of Interventions on Increasing Participation in Cervical Cancer Screening. *The Journal of Nursing Research*. 2019; 27(5).
19. Musa J. et al. Effect of cervical cancer education and provider recommendation for screening on screening rates: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*. 2017; 12(9).
20. Zulu JM. et al. Integrating national community-based health worker programmes into health systems: a systematic review identifying lessons learned from low-and middle-income countries. *BMC Public Health*. 2014; 14: 987.

Como citar este artigo:

Oliveira RRR, Rezende GAS, Bruna Viana Silva BV, Lage AL, Martins BA, Veloso MA, Geöcze BA, Abreu RDS, Rezende MT, Carneiro CM. Avaliação dos serviços de saúde e dos recursos materiais para rastreamento do câncer cervical em Ouro Preto - MG. *Rev. Aten. Saúde*. 2022; 20(71): 112-122.

