



**Fundação Universidade Estadual de
Maringá**

**UNIDADE: DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARIA CARLA VIEIRA PINHO

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DO
CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA EM
LONDRINA - PR**

**MARINGÁ
2005**

MARIA CARLA VIEIRA PINHO

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DO
CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA EM
LONDRINA - PR**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria José Scochi

MARINGÁ

2005

P724a

Pinho, Maria Carla Vieira.

Avaliação do programa de controle do câncer do colo do útero e de mama em Londrina – PR/ Maria Carla Vieira Pinho.—Maringá, PR: [s.n.], 2005.

88 f.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria José Scochi.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá.

1. Programa de controle do câncer do colo do útero e de mama em Londrina, PR – Avaliação. I. Pinho, Maria Carla Vieira. II. Título.

CDU: 618.14-006: 618.79-006

MARIA CARLA VIEIRA PINHO

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DO
CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA EM
LONDRINA - PR**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em 15 de Dezembro de 2005

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria José Scochi
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Prof^a. Dr^a. Regina Kazue Tanno de Souza
Pontifícia Universidade Católica – PUC

Prof^a. Dr^a. Selma Maffei de Andrade
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Dedico este trabalho

Ao meu esposo, Rogério, pelo incentivo, carinho, amor, pela compreensão dos momentos ausentes, ao meu pai Pinho o qual a distância não permitiu que compreendesse o significado máximo deste trabalho na minha vida, a minha mãe Fátima que acreditou nos meus esforços para chegar até aqui, aos meus irmãos Carlos Tiago e Maria Camila, pela força, apoio e palavras estimulantes.

AGRADECIMENTOS

À professora Maria José Scochi, a quem posso hoje chamar de amiga, meus sinceros agradecimentos por me mostrar um jeito simples de sentir a vida, de superar os obstáculos, enfrentar o medo do desconhecido. Certamente não tive intenção de transferir a você a parte mais simples do meu “jeito educadinho de ser”, tive, ao contrário, o desejo de assimilar seu caráter sincero, firme e seguro, pelo qual terei plena admiração enquanto viver.

À Autarquia Municipal de Saúde, representada por Brígida e Tomiko, que compreenderam a importância deste trabalho e viabilizaram meu afastamento parcial da Unidade de Saúde para dedicar-me aos estudos. E a todos que de alguma forma contribuíram.

Aos colegas da Unidade Básica de Saúde da Vila Ricardo agradeço a compreensão pela minha ausência em muitos momentos de lida e confraternizações.

Aos muitos agentes comunitários de saúde que me acompanharam nas visitas domiciliares. Sem eles certamente não conseguiria ter fácil acesso às usuárias.

À amiga Ariana, pelas trocas de experiências e parcerias de sucesso. À amiga Audrey por não desistir de me fazer relaxar nos momentos de maior tensão.

Aos gestores, profissionais, usuárias que contribuíram para a realização do estudo, meu afeto e eterna gratidão.

Para cada esforço disciplinado
há uma retribuição múltipla
(Jim Rohn).

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a qualidade do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina – PR, abordando aspectos de recursos humanos, físicos e organizacionais, atividades desenvolvidas na relação entre os profissionais de saúde e as mulheres, além da satisfação das usuárias. Foram selecionadas quatro Unidades Básicas de Saúde, duas de maior e duas de menor cobertura do exame citopatológico. Entrevistaram-se 72 sujeitos, sendo seis gestores, 15 profissionais e 51 usuárias. Para análise dos dados foram elaborados quadros temáticos que permitiram visualizar as respostas proferidas pelos entrevistados. Os resultados mostraram que não há apropriação das diretrizes do Programa pelo gestor municipal, pelos coordenadores das unidades e pelos trabalhadores. O abastecimento do material faz-se de forma regularizada, o controle laboratorial é pouco conhecido e os coordenadores não conhecem os sistemas de informações e a importância dos pactos de indicadores da atenção básica. As capacitações profissionais e protocolos clínicos não seguem padrões. Nas unidades investigadas pôde ser verificado que a cobertura maior ou menor de exames citopatológicos não aparenta ser influenciada pela existência de rotinas, pela adequação da estrutura física, pelo monitoramento das mulheres e pelo atendimento recebido pelas usuárias. A forma de divulgação no Programa na própria unidade, o envolvimento de todos os profissionais lotados na unidade, a rotina com que mulher realiza anualmente o exame, entre outros fatores, indicam influenciar na alta cobertura. Para 40 (78,4%) mulheres o atendimento recebido atendeu plenamente as expectativas e 23 (45,09%) informaram que na consulta não receberam qualquer tipo de informação. A falta de integração entre profissionais da unidade e os que atuam no Programa Saúde da Família, o acúmulo de função das enfermeiras, a deficiência de ações educativas podem contribuir para a baixa cobertura de exames citológicos.

Palavras-chave: Avaliação de Programas. Serviços de saúde. Câncer ginecológico.

ABSTRACT

This study had the purpose to evaluate the quality of the Cervic and Breast Cancer Control Program in Londrina - PR, approaching aspects of human, structures physical and, organizational, activities developed in reference to the professionals of health and the women, beyond the satisfaction of the users. There were four basic Units of Health, two of greater and two of minor cytopathological covering exam. There were interviewed 72 people, being 06 managers, 15 professionals and 51 users. For analysis of the data were elaborated thematic pictures that allow to visualize the answers told by the interviewers. The results had shown that there aren't appropriation of the of the program guidelines by the municipal managers, coordinators of the Units and workers. The material supply is made in an even way, the lab control is not well known and the coordinators don't know the communication systems and the importance of the basic attention of the pact indicators. The professional capacities and clinical protocols don't follow standarts. At the investigated health Units could be observed that the higher and the lower covering of cytopathological exams don't seem to be influenced by the routine existence, by the adaptation of the physical structure or by the managing of the women and the answering received by the users. The way of spreading in the program at its own Unit, the involvement of all the professionals booked up the Unit, the routine in which the woman accomplish her yearly exam, among others facts, shows to influence the high covering. For 40 (78,40%) women the attention received attendant fully the expectations and 23 (45,09%) informed that they didn't received any information. The lack of integration among professionals in the Unit and the ones that act at the Health Program of the Family, accumulation of nurses' function, the deficiency of educative actions can contribute for the low covering of cytological exams.

Key words: Evaluation of programs. Services of health. Gynecological cancer.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Caracterização das Unidades de Saúde selecionadas para estudo de avaliação do Programa de Controle de Câncer de Colo de Útero e de Mama do Município de Londrina, PR, 2005	36
Mapa 1 - Localização do município de Londrina – Paraná – Brasil	77
Mapa 2 - Divisão distrital do município de Londrina	77

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1 - Caracterização das usuárias das Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo de avaliação do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina – PR, 2005 _____ 37
- TABELA 2 - Aspectos sobre estrutura e funcionamento abordados na entrevista com os profissionais que atuam no Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina – PR, 2005 _____ 55
- TABELA 3 - Aspectos abordados pelos profissionais entrevistados sobre a divulgação, atividades e informações do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina – PR, 2005 _____ 58
- TABELA 4 - Entrevista com usuárias do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina – PR, quanto à idade do início do exame citopatológico e atendimento recebido na unidade de saúde, 2005 _____ 66

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMS	Autarquia Municipal de Saúde
CAF	Cirurgia de Alta Frequência
CAM	Centro de Atendimento à Mulher
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIDI	Centro de Referência de Doenças Infecto - contagiosas
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
CO	Citologia Oncótica
DAS	Diretoria de Ações em Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPS	Educação Permanente em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
GIS	Gerência de Informação em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICL	Instituto do Câncer de Londrina
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOM	Norma Oficial Mexicana
PSF	Programa Saúde da Família
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SISCOLO	Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo do Útero
SISPACTO	Sistema de Informação de Pacto de Indicadores da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	ESTUDO SOBRE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE	18
3	METODOLOGIA	23
3.1	LOCAL DO ESTUDO.....	23
3.1.1	Serviços de Saúde oferecidos	23
3.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	25
3.3	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	28
3.4	ESTUDO-PILOTO PARA VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS..	30
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	30
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1	CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE.....	35
4.2	CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES.....	36
4.3	CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	36
4.4	CARACTERIZAÇÃO DAS USUÁRIAS.....	37
4.5	AS ENTREVISTAS.....	37
4.5.1	Entrevistas com gestores	37
4.5.1.1	Diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina.....	38
4.5.1.2	Disposição e regularidade no abastecimento do material necessário para a coleta de citologia oncológica.....	39
4.5.1.3	Mecanismos de controle de qualidade sobre a qualidade laboratorial..	40
4.5.1.4	Registros e informações sobre o câncer ginecológico.....	43
4.5.1.5	Pactuação da cobertura de exames citopatológicos.....	45
4.5.1.6	Capacitação para os profissionais que atuam no município.....	47
4.5.1.7	Protocolo de atendimento às mulheres nas unidades de saúde.....	48
4.6	ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS.....	51
4.7	ENTREVISTA COM USUÁRIAS.....	59
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS	73
	ANEXOS	76
	APÊNDICES	78

1 INTRODUÇÃO

O controle do câncer no Brasil é um dos grandes desafios enfrentados pelo atual modelo de assistência. Entre as mulheres, o câncer de mama e o de colo de útero são os dois tipos de câncer mais comuns; este último vem apresentando aumento considerável na taxa de mortalidade: em 1979, era 3,44 por 100 mil e em 2002 atingiu 4,61 por 100 mil mulheres, elevação de 34% em relação à taxa de 1979. Já a taxa de mortalidade por câncer de mama, entre 1979 e 2002 passou de 5,77 para 10,15 por 100 mil, o que representa uma elevação de 76% nas últimas décadas (INSTITUTO NACIONAL DO CANCER, 2005).

O fato da evolução do câncer de colo de útero ser lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis, levando até 10 anos ou mais para se desenvolver, possibilita um diagnóstico precoce, mas o câncer de mama quando detectado com uma lesão de 1 cm, por exemplo, considerada pequena, pode ter iniciado há 7 anos tornando o diagnóstico precoce muito difícil (BRASIL, 2002, PARANÁ, 2002).

Nos países desenvolvidos, a garantia do acesso à assistência médico-hospitalar e a adoção de políticas de detecção precoce do tumor não tem impedido a tendência do crescimento, porém, apesar do persistente aumento da incidência do câncer de mama, há redução da mortalidade na faixa etária acima de 50 anos, ao passo que em alguns países em desenvolvimento o aumento da incidência é acompanhado pelo aumento da mortalidade, atribuída, principalmente, ao retardo do diagnóstico e à terapêuticas inadequadas (BRASIL, 2000).

No Paraná, em 2003, morreram 278 mulheres por câncer de colo do útero e 539 por câncer de mama, mortes que poderiam ter sido evitadas, já que o câncer do colo do útero é facilmente detectado por simples exame citopatológico e curável em 100% dos casos diagnosticados em fases iniciais. No período de 1999 a 2003 aumentou o número de mortes

por câncer de mama, e houve sensível redução no câncer de colo de útero, passando o coeficiente de mortalidade por câncer de mama no Paraná de 10,06 em 1999 para 10,73 em 2003. O câncer de colo uterino de 6,35 em 1999 para 5,56 em 2003 (PARANÁ, 2005).

Em Londrina, no ano de 2004, foram 11 os óbitos por câncer de colo de útero, indicando uma taxa de óbito de 4,49 para 100 mil mulheres maiores de 15 anos e foram 37 os óbitos por câncer de mama, indicando uma taxa de óbito de 14,69 para 100 mil mulheres na mesma faixa etária (LONDRINA, 2005).

Com a Conferência Mundial Sobre a Mulher, ocorrida na China em 1995, o governo brasileiro passou a investir recursos na organização de uma rede nacional de detecção precoce do câncer do colo do útero, implantando o Programa Viva Mulher.

O Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama surgiu com o objetivo de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio de oferta de serviços para a prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e de suas lesões precursoras e do tratamento e reabilitação das mulheres. Para isso foram propostas três fases: projeto piloto, fase de intensificação e fase de consolidação (BRASIL, 2001).

O Projeto Piloto foi implantado a partir do primeiro semestre de 1997 em seis localidades brasileiras: Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e Estado de Sergipe.

Em agosto de 1998, foi iniciada a Fase de Intensificação, quando foi introduzida uma base de dados, o SISCOLO – Sistema de Informação Laboratorial do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino, com o objetivo de fornecer subsídios para um planejamento futuro a partir da identificação das mulheres com resultados alterados e necessidade de acompanhamento.

A Fase de Consolidação, iniciada em 1999, visava capacitação de recursos humanos em diversas áreas, inclusive a gerencial, para reestruturação da rede de serviços, buscando-se

construir um sistema de informação adequado e garantir financiamento dos procedimentos envolvidos.

No Paraná, o Programa de Prevenção do Câncer Ginecológico, implantado em 1997, elevou a cobertura de exames preventivos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de 13% para 85 %, com tratamento adequado de todas as infecções e lesões encontradas. Em março de 2002, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) implantou o Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama, estabelecendo mais um desafio para expandir as ações preventivas do câncer dentro do estado, com a da melhoria do acesso aos serviços de saúde (PARANÁ, 2002).

No município de Londrina, o Programa Estadual de Prevenção do Câncer Ginecológico foi implantado em outubro de 1997. Na ocasião contava com 50 locais de coleta, sendo 44 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros serviços específicos, como Medicina do Trabalho da Prefeitura Municipal de Londrina e Centro de Referência de Atendimento a Adolescentes de Londrina. Foi implantado também o serviço de referência secundária para clientes com resultados alterados, para realização de colposcopia e cirurgia de alta frequência (CAF), funcionando no Consórcio Intermunicipal do Médio Paranapanema (CISMEPAR) e Instituto de Câncer de Londrina (ICL), constituindo-se, também, referência terciária. (LONDRINA, 1998).

Até o presente não se tem registro sobre a contribuição do referido Programa para a diminuição ou controle da morbi-mortalidade por câncer de mama e câncer de colo uterino na cidade de Londrina. As informações sobre os óbitos entre as mulheres apresentadas anteriormente apontam para o crescimento. Será que os esforços existentes para a prevenção e detecção precoces não estão atingindo o objetivo desejado?

O exposto acima conduz a diversas indagações e não permite respostas imediatas, demandando a realização de investigações para sua explicação.

Para os esclarecimentos dessas indagações é que se realizou a presente pesquisa com os seguintes objetivos:

Objetivo geral

- Avaliar o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama na cidade de Londrina.

Objetivos específicos

- Analisar se as diretrizes municipais do Programa estão apropriadas pelos gestores, profissionais e usuárias.
- Discutir a cobertura da população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos.
- Verificar a organização da rede para coleta de material, orientação e tratamento de lesões.
- Verificar estratégias de capacitação de recursos humanos e ampliação da rede de coleta do exame citopatológico.
- Analisar as opiniões das mulheres que realizaram o exame citopatológico de colo de útero nos meses de abril e maio de 2005, sob perspectivas definidas a partir das diretrizes do Programa.

2 ESTUDO SOBRE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a avaliação é, especialmente, parte fundamental no planejamento e gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo pode reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos, no entanto, a avaliação é uma das atividades menos praticadas. Vários fatores têm contribuído para isso, desde a falta de recursos financeiros para estas ações, até dificuldades metodológicas, insuficiência e capacitação de recursos humanos para as atividades e, por vezes, ausência de vontade política dos dirigentes na abordagem deste problema (BRASIL, 2002).

O conceito de avaliação dos programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, uma vez que o Estado devia encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível. Assim, métodos para analisar as vantagens e os custos dos programas públicos foram desenvolvidos pioneiramente por economistas, porém suas abordagens mostraram-se insuficientes quando aplicados aos programas sociais e à educação, necessitando, portanto, que se adotasse, para avaliação, uma perspectiva interdisciplinar e aspectos metodológicos adequados (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE; DENIS; PINEAUT, 1997).

A necessidade de avaliar as ações sanitárias ficou evidente nos anos 70s, período em que a implantação dos grandes programas fundamentados no seguro médico estava terminada. A economia em declínio aliada ao financiamento dos serviços de saúde pelo Estado tornou necessário o controle dos custos do sistema de saúde, sem que a acessibilidade a todos a serviço de qualidade fosse questionada (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE; DENIS; PINEAUT, 1997).

Devido ao caráter complexo do sistema de saúde, das incertezas que existem nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-las, do desenvolvimento muito rápido das novas tecnologias médicas e das expectativas crescentes da população, a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde é considerável, e a avaliação parece ser a melhor solução (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE; DENIS; PINEAUT, 1997).

Para Contandriopoulos, Champagne, Denis e Pineaut (1997, p.31):

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Gil (2001, p.125) acrescenta:

Avaliar é acompanhar continuamente as ações priorizadas para verificar se os objetivos selecionados estão sendo alcançados ou não, se a priorização das ações foi correta, se os resultados alcançados mudaram ou não a situação desejada.

Ferreira (2004, p.71) considera que avaliar é atribuir valor, determinar se as coisas são boas ou más, porém os objetivos que serão valorizados e os critérios pelos quais se determina este valor nem sempre se encontram suficientemente estabelecidos.

Foi verificado, na revisão dos estudos sobre avaliação de programas de saúde, que no Brasil estes são recentes. Dentre eles destacam-se os trabalhos de Hartz (1997), Alves, Silva, Lamy, Coimbra (2000), Scochi (2001, 2002), Tanaka, Mello (2001), Assis, Hartz e Valla (2004).

O primeiro deles apresenta a avaliação do programa materno-infantil, análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. O estudo apresenta a importância da análise de implantação dos programas antes de se fazer um julgamento sobre seu impacto ou de se investirem novos recursos, também a possibilidade de imediatos ajustamentos do programa com a construção de indicadores de qualidade de caráter técnico-

normativo, prévios à avaliação causal e associados à maior validade de outras medidas de resultados que integram o modelo teórico e finalmente, a necessidade de incluir o contexto organizacional e a importância de preservar o espaço institucional, valorizando-se suas raízes, mas permitindo-se também a participação da sociedade local (HARTZ, 1997).

Alves, Silva, Lamy e Coimbra (2000) divulgam a avaliação de maternidades, utilizando três pesquisas desenvolvidas em 1997 e 1998 pelo Núcleo de Pesquisa Materno-infantil da Universidade Federal do Maranhão, os quais são: “Saúde perinatal e atenção à saúde da mãe e da criança no município de São Luiz”, “Avaliação da qualidade da assistência ao parto e ao recém-nascido em maternidades do SUS” e “Pesquisa qualitativa de avaliação de maternidades”. Os resultados apontaram a necessidade de buscar alternativas de práticas médicas de assistência ao parto que, tornem as práticas atuais mais efetivas, humanas e culturalmente apropriadas, além da utilização de estratégias pelo poder público que estimulem o início precoce do pré-natal, elevando-se o número de consultas, cobertura e qualidade.

Baseado na tese de doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em 1996, Scochi (1999) publicou um estudo sobre a evolução da mortalidade por causas evitáveis e expansão dos recursos municipais de saúde em Maringá. Observou que a expansão dos serviços de saúde de Maringá propiciou maior acesso da população aos mesmos, porém essa expansão não foi acompanhada do desenvolvimento de ações preventivas sistemáticas.

Em 2001, a mesma autora avaliou a qualidade do processo e do resultado do cuidado aos hipertensos na rede básica de serviços de saúde, concluindo que há dificuldades para avaliar qualidade, seja pela pouca valorização da informação seja pelo deficitário sistema de registro do atendimento (SCOCHI, 2001).

Scochi (2002) apresentou uma proposta para avaliação da qualidade do atendimento pré-natal. Os resultados apontaram deficiências no atendimento pré-natal, relacionadas

principalmente à dificuldade na localização dos prontuários e à ausência, nestes, de registros mínimos, considerados importantes para o acompanhamento da evolução gestacional.

Nos dois estudos apontados acima, a autora constatou que o usuário foi uma boa fonte de informação para avaliar a qualidade do cuidado recebido, e qualquer que seja o modelo de avaliação no âmbito municipal, deve-se considerar o atendimento que se presta, tanto no subsetor público quanto no privado.

Tanaka e Melo (2001), na intenção de desmistificar a avaliação, frequentemente considerada como uma atividade complexa a ser exercida apenas por especialistas, apresentam um guia com informações básicas para a implantação e implementação de atividades de avaliação em contextos nos quais é uma prática ainda incipiente. O guia mostra como se avalia um programa de saúde do adolescente, objetivando aumentar o acesso de adolescentes e jovens, excluídos dos programas e serviços, e contribuir para a melhoria da qualidade do serviço prestado.

Assis, Hartz e Valla (2004) realizaram uma revisão da literatura no período de 1990 a 2002 sobre Programas de promoção da saúde do idoso. Os resultados confirmam a pequena tradição de avaliação e de programas de promoção da saúde do idoso no Brasil, e ao mesmo tempo deixam evidente que a pesquisa de síntese dos programas pode ser parâmetro para o desenvolvimento das experiências em nosso contexto.

Vários estudos sobre avaliação estão orientados pela proposição de Donabedian (1984), que aponta para a avaliação da qualidade de serviços de saúde para o enfoque em estrutura e processo e para o resultado do cuidado. Para o autor, estrutura refere-se aos insumos, organização dos serviços, processo, ao modo como o sistema funciona, e resultado ao impacto causado pelo serviço prestado. É uma proposta flexível, porém as etapas se interligam e permitem que cada um as use de acordo com as suas necessidades (DONABEDIAN, 1984, p. 109).

Nessa perspectiva a estrutura compreende recursos humanos (números dos profissionais, distribuição e qualificação), físicos (instrumentos e equipamentos disponíveis, espaço físico) e financeiros (condições organizacionais de financiamento, prestação de serviços e fatores de produção). O processo diz respeito ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes. Os resultados são mudanças relacionadas ao estado de saúde do indivíduo e a sua satisfação diante do cuidado prestado.

O trabalho aqui apresentado tem um direcionamento semelhante ao estudo da avaliação da qualidade da assistência ao parto e ao recém-nascido em maternidades do SUS (ALVES; SILVA; LAMY; COIMBRA, 2000) por tratar-se de um estudo baseado nas considerações de Donabedian (1980) que descreve a avaliação da qualidade levando em conta componentes como estrutura, processo e resultado.

3 METODOLOGIA

Nos tópicos a seguir delinea-se a metodologia empregada pelo estudo.

3.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Londrina, localizado na porção Norte do Estado do Paraná, ocupando cerca de 1% da área total do estado. A sua densidade demográfica é de 259,07 hab/km², além do Distrito Sede é constituído pelos distritos rurais de Lerroville, Warta, Irerê, Paiquerê, Maravilha, São Luiz, Guaravera e Espírito Santo. Tem uma população aproximada de 460.910 habitantes. As mulheres somam 238.411, das quais 111.436 na faixa etária de 25 a 59 anos (Londrina, 2003) (Anexo A).

3.1.1 Serviços de Saúde Oferecidos

O município de Londrina, em maio de 1998, foi habilitado para assumir a gestão plena do Sistema Municipal de Saúde, de acordo com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB – SUS) /1996. Assim a estrutura gerencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e de prestação de serviços no município de Londrina se dá por meio da Autarquia Municipal de Saúde (AMS). Com o repasse dos recursos federais, direto do Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, a Autarquia, com vistas a garantir a prestação de serviços em seu território, assumiu a responsabilidade por toda a programação, controle e avaliação pertinente ao Sistema de Saúde local, que compreende desde as unidades de saúde ambulatoriais até procedimentos hospitalares de alta complexidade, vigilância sanitária e epidemiológica (LONDRINA, 2003).

O município conta com a Delegacia da Mulher, que responde pela segurança pública, com o Serviço de Assistência às Vítimas de Violência Sexual, que é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, e com a Secretaria Municipal dos Direitos da Mulher,

diretamente ligados à saúde da mulher. Esta última tem três serviços de assistência, sendo o Centro de Atendimento à Mulher (CAM), responsável por atendimentos a mulheres que sofrem qualquer tipo de violência doméstica, a Casa Abrigo, de endereço sigiloso, encarregada de realizar todos os atendimentos feitos no CAM, ficando, porém, a mulher “abrigada” com os filhos, e o Centro de Oficinas da mulher, capacitado a oferecer diversos cursos, entre os quais, de culinária, artesanato e tarefas domésticas.

Atualmente o Sistema Municipal de Saúde de Londrina conta com 187 estabelecimentos cadastrados no SUS, entre serviços de saúde ambulatoriais, hospitalares e odontológicos, alguns de abrangência municipal, regional (17^a) ou macroregional.

Destacam-se 17 hospitais, entre públicos, privados e filantrópicos; 04 ambulatórios, além do Centro de Referência de Doenças Infectocontagiosas (CIDI) e o CISMENPAR.

A rede pública municipal é composta por 54 Unidades Básicas de Saúde, sendo 41 na zona urbana, 13 na zona rural, e 36 clínicas odontológicas em UBS além de 01 clínica de especialidade odontológica (CEO) inaugurada no mês de novembro do ano de 2004. O Serviço Municipal de Saúde contempla, ainda, outros serviços de assistência direta à população, como a Maternidade Municipal, o Pronto Atendimento Infantil, o Serviço de Saúde Mental, o Serviço de Internação Domiciliar, o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência, implantado no mês de setembro do ano de 2004.

Desde 2001, Londrina conta com o Programa Saúde da Família (PSF), hoje com 103 equipes de saúde constituídas, cada uma, de um enfermeiro, um médico, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Segundo o Sistema de Informação de Pacto de Indicadores da Atenção Básica de 2005, 74,39% da população é atendida pelas equipes da Saúde da Família (BRASIL, 2005).

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo foi constituída por 72 sujeitos: destes 06 gestores, 15 profissionais e 51 usuárias que foram atendidas para a realização do exame preventivo em quatro unidades básicas de saúde.

Os seis gestores são: o responsável estadual pelo Programa, lotado na 17^a. Regional de Saúde do Paraná, o representante municipal que atua na Diretoria de Ações em Saúde (DAS) em Londrina e os coordenadores (quatro) das unidades básicas de saúde selecionadas.

Os coordenadores locais indicaram os profissionais das unidades que atuam de forma efetiva no Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, junto à população, realizando busca ativa, fazendo ações educativas, colhendo o exame citopatológico ou fazendo outras atividades. Foram 15 os profissionais indicados: seis enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, quatro médicos e um agente comunitário de saúde, os quais prontificaram-se, a responder a um questionário para coleta de dados.

Para dimensionar o resultado do Programa, além das informações secundárias de morbi-mortalidade, foram realizadas entrevistas com 10% das mulheres que utilizaram as unidades eleitas para o exame citopatológico nos meses de abril e maio de 2004. Das 64 que realizaram o exame foram localizadas 51 para as entrevistas.

A decisão de entrevistar 10% das mulheres foi intencional; deu-se por esse percentual ser factível para a realização da pesquisa, por considerar-se que este percentual responderia aos objetivos de caracterizar as mulheres e ainda, por verificar-se se as informações recebidas por elas durante a realização dos exames iriam ao encontro de que preconizam as Diretrizes do Programa.

Para que a memória estivesse preservada na entrevista, elegeram-se como população de estudo, as mulheres que realizaram os exames nos meses de abril e maio, meses que antecederam a coleta de dados realizada em junho de 2004.

Em razão da facilidade de acesso e do número de mulheres atendidas, a pesquisa foi realizada junto a algumas UBSs da zona urbana. Para a seleção das UBSs verificou-se a cobertura de exames citopatológicos atingida no ano de 2004, acreditando-se ser o único indicador que diferenciava uma UBS de outra. Das 41 UBSs investigaram-se as duas que apresentaram as maiores coberturas e as duas que apresentaram as menores. Esperava-se que nestas quatro unidades estivesse em curso o processo de trabalho para a realização do Programa, que este fosse conhecido e que os profissionais estivessem capacitados.

O cálculo da cobertura foi efetuado pela razão entre os exames citopatológicos cérvico-vaginais de mulheres de 20 a 59 anos sobre o total da população feminina nesta faixa etária no ano de 2004.

Os relatórios fornecidos pela Gerência de Informação em Saúde de Londrina (GIS) referiam-se às mulheres entre 25 e 59 anos, faixa etária considerada de risco pelo MS, porém para o cálculo da cobertura dos exames citopatológicos foram utilizadas como base populacional as mulheres na faixa de 20 a 59 anos registradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por ser a faixa etária mais próxima da preconizada pelo MS, por considerar-se este sistema atualizado, pois trata-se de um sistema de informação territorializado, cujos dados são gerados por profissionais das equipes de saúde da família, por serem coletados em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pelo PSF (BRASIL, 2004).

A participação na atenção básica permite utilizar os dados do SIAB com tranquilidade, principalmente porque as unidades em Londrina possuem cadastro de 100% da população adscrita no PSF, com exceção da UBS Centro, inaugurada há pouco tempo, e também porque as equipes do PSF, especialmente os agentes comunitários de saúde (ACS), estão em contato direto com a população, conhecem as famílias, freqüentam diariamente o território e alteram

fichas cadastrais quando necessário. É possível afirmar que todos os dados foram gerados a partir das informações obtidas em visitas domiciliares às famílias.

A partir do número de usuárias em cada unidade foi calculado o intervalo da amostragem para a seleção das mulheres que seriam entrevistadas. Por exemplo, na unidade A, a população foi de 171 exames coletados nos meses de abril e maio; a este número acrescentou-se 10%, para contrabalançar possíveis perdas, resultando no total de 190 exames.

Como já foi dito anteriormente, decidiu-se pela seleção de 10% das mulheres para as entrevistas. Desta forma, dividindo-se o total de 190 por 19 (10%), o intervalo da amostragem para o sorteio das mulheres foi 10. Assim foi sorteado um número entre 01 e 10, que no caso foi o número 4 para determinar o começo da amostra, estabelecendo-se as usuárias 04, 14, 24, ..., 184.

A seleção das usuárias por meio dessa amostragem sistemática foi possível, visto que a população de mulheres que colheram o exame citopatológico nas Unidades de Saúde estava apresentada numa determinada ordem em um livro de registro de coletas de C.O., com data da coleta, nome da usuária, número de identificação, endereço e resultado do exame. O registro nesse livro é efetivado todos os dias após a coleta do exame citológico e quando do recebimento do resultado do mesmo.

Com o auxílio dos ACS foram realizadas visitas domiciliares a todas as mulheres. Após duas tentativas quando não se encontraram as usuárias e o relato de familiar ou vizinho presente sobre a dificuldade de encontrá-la em casa, deliberou-se pela realização de 13 entrevistas por telefone. Era feita a ligação tão logo o pesquisador identificava-se e relatava o nome da pessoa que forneceu o número do telefone. A identificação da usuária foi checada pelo número do seu cadastro na unidade.

3.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Segundo Thiollent (2003, p.65) “no que diz respeito às informações já existentes, diversas técnicas documentais permitem resgatar e analisar o conteúdo de arquivos [...]”, assim sendo, foi realizado levantamento dos planos municipais de saúde, desde o ano da implantação do Programa, dos relatórios de gestão, contatos informais com representantes do Conselho Municipal de Saúde de Londrina e de possíveis fontes de documentação do município, nos registros da Diretoria de Ações em Saúde por acreditar-se que com este levantamento seria possível uma aproximação com o funcionamento do Programa do município.

Além da análise documental inicialmente realizada junto à Autarquia Municipal de Saúde, na busca de informações regulamentadas sobre o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina, fez-se necessária a coleta de dados sobre as diretrizes do Programa, a disposição e regularidade no abastecimento dos materiais necessários para a coleta de citologia oncótica, sobre os mecanismos de controle na qualidade laboratorial, os registros e informações a respeito do câncer ginecológico, e sobre a questão da pactuação da cobertura de exames por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas com o responsável estadual do Programa, com o representante municipal e com quatro coordenadores das unidades selecionadas.

Foi utilizado o roteiro de entrevista aberta, nele introduzia-se o assunto e sobre ele o gestor discorria. Caso não tivesse sido abordado algum tema de interesse para a pesquisa, o entrevistador sentia-se à vontade para questionar, por considerar importante ilustrar o quanto esses sujeitos, que conduzem o Programa, o conhecem e colaboram para que seus objetivos sejam alcançados (APÊNDICE A).

Também se indagou aos coordenadores das unidades locais, sobre treinamento e reorientação para os profissionais que atuam no município e sobre a existência de protocolos de atendimento às mulheres.

Tanto para os profissionais indicados pelos coordenadores das unidades quanto para as usuárias do serviço municipal de saúde utilizou-se também um roteiro de entrevistas, mas com perguntas fechadas. Esse roteiro, apesar de conter perguntas fechadas, possibilitou exposição de comentários e sugestões sobre o tema acerca do qual se fizeram perguntas (APÊNDICE A).

A entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais, instrumento que pode ser revelador de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2004, p. 109).

Segundo Minayo (2004, p. 108), a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, com base nas quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem ser influenciado pelo pesquisador. A entrevista pode ser feita verbalmente ou por escrito, mas tradicionalmente inclui a presença do pesquisador ou a interação direta entre o pesquisador e os atores sociais (2004, p. 121).

Minayo (2004, p. 207) ainda complementa:

A entrevista aberta é o material privilegiado da análise da enunciação, no sentido que se trata de um discurso dinâmico onde espontaneidade e constrangimento são simultâneos, onde o trabalho de elaboração se configura ao mesmo tempo como emergência do inconsciente e construção do discurso.

Durante os encontros com os gestores, idas às unidades de saúde e visitas domiciliares foi possível fazer observações, de forma não sistemática, das informações que não faziam parte das entrevistas, como, por exemplo, conversas informais com os profissionais, falas e expressões relacionadas ao câncer ginecológico. Essas observações eram

anotadas em uma folha separada, possibilitando utilizar-se desse instrumento para complementar as discussões.

Os dados foram obtidos, após autorização da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina (APÊNDICE B).

3.4 ESTUDO-PILOTO PARA TESTE DOS INSTRUMENTOS

Para adequação dos instrumentos de coleta de dados, foi realizado um estudo-piloto em dois municípios próximos à cidade de Londrina que contavam com o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Em um deles foi realizada entrevista com o gestor estadual do Programa, lotado em uma regional de saúde não-vinculada ao município de Londrina. No outro município foram realizadas 15 entrevistas, uma com o gestor municipal, uma com o coordenador local, seis com profissionais e sete com usuárias de duas Unidades de Saúde.

O estudo-piloto revelou que os instrumentos elaborados estavam adequados para o objetivo proposto, necessitando, porém, de alguns ajustes relacionados aos dados pessoais e à escolaridade.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Minayo (1999, p. 68) compreende a “análise” num sentido amplo, com inclusão da “interpretação”; ela acredita que análise e interpretação estão contidas no mesmo movimento: o de olhar atentamente para a pesquisa.

As informações obtidas na entrevista com os gestores foram gravadas em fitas K7 e posteriormente transcritas. Com esse procedimento foram obtidos dados objetivos e subjetivos.

Para o tratamento dos dados buscou-se concordância entre o material coletado e as hipóteses provisórias, o que permitiu ampliar a compreensão de contextos com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens (MINAYO, 2004, p. 198).

Nessa acepção foi utilizada uma proposta de interpretação apresentada pela autora acima citada, na qual o sentido da totalidade, no momento concreto de interpretação dos dados, se refere tanto às determinações como ao recurso interpretativo pelo qual se busca descobrir as conexões que a experiência empírica mantém com o plano das relações essenciais (MINAYO, 2004, p. 232).

A interpretação dos dados colhidos nas entrevistas visou desvendar as relações essenciais ou captar as contradições do nível empírico. Assim, o pesquisador voltou-se para os fundamentos da teoria na busca de reflexões sobre os conceitos iniciais e na exposição de dúvidas das idéias evidentes, construindo uma nova aproximação do objeto.

Foram utilizados alguns passos propostos por Minayo (2004, p. 234) como, por exemplo, ordenação dos dados, que engloba tanto as entrevistas como o conjunto do material de observação e os documentos populares e institucionais referentes ao tema, classificação dos dados, fruto esta de uma relação entre questões teoricamente elaboradas e questões trabalhadas em campo provindas de um processo inconcluso de perguntas suscitadas pelo quadro empírico às referências teóricas do investigador e finalmente a análise final, na qual as duas etapas anteriores fazem uma inflexão sobre o material empírico.

Nessa concepção foram elaborados quadros temáticos que permitiram visualizar, de forma holística, as respostas proferidas pelos sujeitos entrevistados (APÊNDICE C).

Com os resultados acredita-se que será possível discutir as facilidades e dificuldades do desenvolvimento do Programa, bem como contribuir para o estabelecimento de planos municipais e instrumentalizar os gestores para a avaliação.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa estabelecido pela Universidade Estadual de Maringá, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado sob o parecer 029/2005 (APÊNDICE D).

Foi feito contato prévio com os gestores estadual e municipal, por telefone e com os trabalhadores e usuárias o contato ocorreu presencialmente no momento da entrevista. Na seqüência a pesquisadora encontrou-se pessoalmente com o participante para a busca dos dados, esclarecendo-lhe o objetivo da pesquisa verbalmente e por escrito (APÊNDICE E). A entrevista foi realizada tendo como suporte legal o termo de consentimento (APÊNDICE F) assinado em duas vias, ficando a primeira com o participante e a segunda com a pesquisadora.

Aos entrevistados salientou-se que todas as informações seriam de caráter sigiloso e que seria mantido o anonimato; seriam divulgados apenas os resultados globais da pesquisa, depois do devido tratamento. Os dados foram obtidos com a autorização da Autarquia Municipal de Saúde, e com o consentimento dos gestores, profissionais e usuárias, esse termo assinado após esclarecimento verbal e por escrito sobre o objetivo da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica é um dos instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, o qual serve de base para negociação de metas a serem alcançadas por municípios, com vistas à melhoria dos desempenhos dos serviços da atenção básica e da situação de saúde da população (BRASIL, 2003).

Para cumprir a Portaria GM-MS (Gabinete do Ministro/MS) nº. 393, de 29 de março de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina passou a apresentar o pacto de indicadores da atenção básica a partir de 2003 (LONDRINA, 2003).

Um dos indicadores pactuados é o indicador calculado pela razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais de mulheres de 25 a 59 anos sobre a população feminina nessa faixa etária. Esse indicador objetiva avaliar, de forma direta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (diagnóstico precoce, tratamento e educação para a saúde) do câncer de colo de útero (BRASIL, 2003).

Em Londrina, no ano de 2003 não se atingiu o resultado esperado para a cobertura de exames citopatológico cérvico-vaginias, como proposto pela meta pactuada de superar 35%. Em 2004 pactuou-se uma meta maior ou igual a 20% e o resultado foi de 21%. Para 2005 pactuou-se uma meta maior ou igual a 21% (LONDRINA, 2005). Esses resultados, além de permitir a identificação da cobertura desta ação direcionada às mulheres de 25 a 59, anos possibilita a adoção de medidas de controle, e o aporte de subsídios para o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a atenção à saúde feminina nessa faixa etária.

Nesta pesquisa perceberam-se algumas limitações no cálculo da cobertura, pois os dados disponíveis não permitiram examinar somente as mulheres do grupo de risco conforme determinação do Ministério da Saúde. Além disso, não foi possível garantir que cada exame

coletado fosse de uma mulher ainda não examinada ou de uma mulher que estava repetindo o exame.

Essas limitações vão ao encontro da Portaria nº. 2.394 de 19 de dezembro de 2003 do Ministério da Saúde, que traz o fato do numerador abranger somente o universo de exames de mulheres (desse grupo etário) atendidas em unidades vinculadas ao SUS, enquanto o denominador inclui, também, o conjunto de mulheres beneficiárias de seguros privados de saúde. Acrescenta-se ainda que esse indicador não reflete adequadamente o direcionamento dessa política de saúde à população-alvo pois não identifica a realização de vários procedimentos em uma mesma mulher. Ademais, a fonte de informação é o SISCOLO, mas as informações estão disponíveis somente para os municípios que contam com laboratórios de citopatologia (BRASIL, 2003).

A análise documental trouxe poucas informações sobre a implantação do Programa no Município de Londrina; apenas o Plano Municipal de Saúde de 1998 fazia menção à implantação desse Programa. Pessoas do Conselho Municipal de Saúde informaram que nos arquivos do Conselho certamente não há registros sobre essa temática. Na DAS, os trabalhadores lembram como o Programa foi implantado e quais foram os indivíduos e as instituições que colaboraram, mas não há registros. Nesse período de análise a AMS de Londrina contava com a ajuda de uma pessoa responsável pela estruturação de um centro de documentação. Ao contatar-se essa pessoa, ela referiu que, mesmo em fase de estruturação era impossível manipular qualquer documento em razão do difícil acesso ao depósito, pelo fato dos documentos estarem espalhados em vários setores, misturados, em caixas sem identificação e sem ordem cronológica.

Todos os gestores e profissionais das unidades concordaram em participar da pesquisa. Algumas usuárias selecionadas haviam-se mudado da área de abrangência da unidade, passando a residir na zona rural, se bem que continuassem a frequentar a unidade. Dentre elas,

algumas não foram localizadas após duas visitas domiciliares e dois telefonemas em horários diferentes, o que impossibilitou o contato com elas. Uma usuária, mesmo após duas visitas domiciliares e um contato telefônico e esclarecimentos sobre o estudo, recusou-se a responder ao questionário alegando que não poderia contribuir por ter-se submetido a uma cirurgia de histerectomia há algum tempo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

No município de Londrina as unidades básicas de saúde são divididas em: Região Leste, Região Centro, Região Sul, Região Norte, Região Oeste e Região Rural. O número de UBS por região varia de 07, na Região Oeste, a 13 unidades na Rural. Essa variação está de acordo com as características sociodemográfica da cidade. Uma unidade na Região Oeste e outra na Região Centro atende 24 horas, uma na Sul e outra na Norte atendem das 07hs às 23h e as demais unidades funcionam das 07hs às 19 h.

Entre essas regiões, a população feminina na faixa etária de 20 a 59 anos, de acordo com o SIAB (2004), oscila de 34.644 mulheres na Região Norte a 6.449 mulheres na Rural. O número de exames citopatológicos de colo uterino vai de 1.904 na Rural até 8.844 na Região Norte. O número médio de coletas de material para exames citologia oncótica (C.O.) de colo uterino realizadas mensalmente varia de 159 na região rural até 737 na Norte.

Das unidades eleitas, duas foram da região sul do município de Londrina, uma da região norte e outra da região oeste, três das quais atendem diariamente 12 horas, das 7 h às 19 h, de segunda à sexta-feira e uma atende por 16 horas, ou seja, das 7 h às 23 h, inclusive aos sábados, domingos e feriados. A população feminina na faixa etária de 20 a 59 anos, de acordo com o SIAB, varia de 2.210 a 8.254 mulheres e o número de exames citopatológicos realizados no ano de 2004 varia de 520 a 1.801. O índice de cobertura de exames citológicos cervico-vaginais vai de 7,16% a 57,67%.

Dos 171 trabalhadores existentes nas quatro unidades selecionadas, 15 (8,77%) foram indicados pelos coordenadores como trabalhadores envolvidos no Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, dos quais, 01 ACS, foi apontado em uma das unidades como trabalhador envolvido no Programa, de forma diferenciada (Quadro 1).

Unidades de Saúde	Região	População Feminina entre 20-59 anos (SIAB)	Nº. coletas de C.O. em 2004	Cobertura de Citologia Oncótica	Nº. de Trabalhadores	Nº. de Trabalhadores Entrevistados
A	Sul	3.123	1.801	57,67%	72*	08
B	Norte	2.210	1.255	56,79%	37	02
C	Sul	5.852	520	8,89%	25	03
D	Oeste	8.254	591	7,16%	37	02

Quadro 1 – Caracterização das Unidades de Saúde selecionadas para o estudo de avaliação do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama no Município de Londrina – PR, 2005.

* um médico ginecologista fazia reposição de carga horária na UBS e esporadicamente realizava coleta de material para C.O. O mesmo não foi entrevistado, por não fazer parte do quadro funcional da unidade.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES

Os gestores entrevistados, ou seja, um estadual, um municipal e quatro coordenadores das Unidades de Saúde, estão na faixa etária de 32 a 49 anos. Dos seis entrevistados, cinco são enfermeiros e um é médico, cinco dos quais são graduados em universidades públicas e o tempo de formação varia de 11 a 26 anos.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Dentre os profissionais entrevistados, 06 são enfermeiros, 04 médicos, 04 auxiliares de enfermagem e 01 agente comunitário de saúde. A idade variou de 31 a 57 anos. Dos profissionais de nível superior (enfermeiros e médicos) apenas 01 profissional referiu não ter curso de pós-graduação. Auxiliares de enfermagem e ACS relataram ter concluído o 2º grau.

4.4 CARACTERIZAÇÃO DAS USUÁRIAS

Dentre as 51 mulheres entrevistadas, a idade variou de 14 a 61 anos, sendo 30 (58,83%) mulheres casadas, 07 (13,72%) solteiras e 14 (27,45%) viúvas ou sem relação estável ou viver com um companheiro. Das 31 usuárias que relataram ter cursado o ensino fundamental 16 (31,38%) cursaram da 1ª à 4ª série do 1º grau e 15 (29,41%) freqüentaram da 5ª à 8ª série. Dentre as vinte mulheres que informaram ter freqüentado o ensino médio, 15 (29,41%) têm o 2º grau completo e 05 (9,8%) não o têm completo.

Tabela 1 – Caracterização das usuárias das Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo de avaliação do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina – PR, 2005.

Variáveis	Usuária nas UBSs de Maior Cobertura		Usuária nas UBSs de Menor Cobertura		
	Nº.	%	Nº.	%	
Faixa Etária	Menos de 25 anos	09	25,71	02	12,50
	De 25 a 59 anos	26	74,29	13	81,25
	Mais de 59 anos	-	-	01	6,25
Estado Civil	Casada	19	54,29	11	14,29
	Solteira	05	14,29	02	12,50
	Outro	11	31,42	03	18,75
Escolaridade	Ensino fundamental	27	77,14	04	25,00
	Ensino médio	08	22,86	12	75,00

4.5 AS ENTREVISTAS

4.5.1 Entrevistas com gestores

As entrevistas realizadas com os gestores estadual e municipal e com os coordenadores de Unidades Básicas de Saúde informaram sobre o conhecimento deles das diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, sobre a funcionalidade da disposição e regularidade no abastecimento dos materiais necessários para a coleta do exame preventivo do câncer ginecológico, e sobre a existência, conhecimento e

avaliação da pactuação de cobertura de exames citopatológicos, além de fazerem comentários sobre treinamentos e reorientação dos profissionais que atuam no município de Londrina e sobre a existência ou não de protocolos de atendimentos às mulheres.

4.5.1.1 Diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

Indagando-se os gestores sobre as diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, percebeu-se que o gestor estadual tem mais dados sobre as diretrizes, porquanto na entrevista embora ele não tenha feito referências sobre a detecção precoce do câncer de mama, ele fez referência aos objetivos do Programa, ao fluxograma de atendimento, ao monitoramento das mulheres, à periodicidade de exame preventivo do câncer do colo uterino. Os gestores municipal e local apenas se limitaram a dizer que seguem as orientações e diretrizes do Estado do Paraná ou do Ministério da Saúde.

As diretrizes do Programa visam, além de articular uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial do município, permitir o acesso da mulher aos serviços de saúde, capacitar os profissionais de saúde, normalizar procedimentos e controles de qualidade, motivar a mulher a cuidar da sua saúde, fortalecer e aumentar a eficiência para o controle do câncer nessa rede (BRASIL, 2000).

Para a redução da mortalidade por cânceres ginecológicos e de acometimentos físicos, psicológicos, sociais provocados por esses cânceres, é necessário não somente que haja integração articulada entre os gestores e outros trabalhadores, mas também que se aja com responsabilidade e se cumpram as determinações.

Além disso, é necessário que exista consenso entre as organizações, gestores, pesquisadores, profissionais, instituições na definição de câncer ginecológico. Há aqueles que entendem câncer ginecológico referindo-se ao câncer de colo de útero, há os quais referem-se

a qualquer tipo de câncer que acometem o aparelho reprodutor feminino, inclusive mama e há aqueles que tratam distintamente câncer de colo de útero e câncer de mama.

4.5.1.2 Disposição e regularidade no abastecimento do material necessário para a coleta de citologia oncótica

No comentário sobre a disposição e a regularidade no fornecimento do material necessário para a coleta de material para a citologia oncótica, cada um dos gestores fez referência ao papel do estado, do município e da unidade e ao modo como estão atuando. As falas mostraram consenso. Os gestores locais referiram que houve melhora no abastecimento de material a partir do momento em que a forma de registro passou a ser informatizada, registrando-se no computador a saída de cada kit utilizado, composto por lâmina, escovinha, espátula e requisição. A central de abastecimento faz, semanalmente, a reposição dos kits.

Cabe ao município fazer o planejamento, solicitar à Regional de Saúde, e distribuir às UBS, material para a realização dos exames, como: kits de coleta, fixadores, formulários de requisição de exames, planilhas de coleta e de material educativo e de divulgação. O estado deve providenciar os impressos e materiais necessários, repassando aos municípios via Regional de Saúde, além de controlar o uso desse material. À Coordenação Nacional do Programa cabe garantir o pagamento de todos os procedimentos necessários para a execução do Programa (BRASIL, 2001, PARANÁ, 2002).

Todos os entrevistados expuseram que já houve falta de requisição. O gestor estadual justificou essa falta dizendo que o abastecimento depende de licitações e por ocasião da mudança de gestão não estava previsto o número de kits de coleta que seriam utilizados. Já o gestor local justificou essa falta dizendo que o abastecimento é feito pelo estado, via Regional de Saúde. Os coordenadores das unidades referiram que, apesar da falta de requisição, a coleta de exame citológico não deixou de ser feita, pois usavam algumas estratégias como servir-se

de uma folha comum para registro dos dados solicitados na requisição, dados que após a chegada do material eram transcritos para o impresso, além de garantir junto ao laboratório responsável pelo exame que o material colhido não fosse perdido. Essas irregularidades trouxeram algumas limitações no fluxo de atendimento interno da UBS e dificuldade de operacionalização no dia da coleta dos exames.

Nesse contexto, percebem-se tanto as responsabilidades quanto a cooperação dos gestores para o abastecimento dos materiais utilizados. A disponibilidade e distribuição dos materiais para a realização do exame preventivo de câncer ginecológico estão regularizadas e não caracterizam a diferença de cobertura de exames citopatológicos nas unidades de saúde, porém são reconhecidos os esforços e as estratégias utilizadas pelos profissionais das UBSs para manterem o seu compromisso com a usuária e realizar o exame preventivo, mesmo na falta de algum material utilizado no Programa. Os efeitos dessas ações e práticas implementadas pode ser um fator determinante de uma maior cobertura.

A existência ou fornecimento de materiais para as atividades de detecção precoce do câncer de mama sejam folhetos explicativos, próteses educativas, espelhos para a instrução do auto-exame entre outros, não foi mencionada.

4.5.1.3 Mecanismos de controle sobre a qualidade laboratorial

Os mecanismos de controle sobre a qualidade laboratorial foram referidos por diferentes sujeitos. O gestor estadual referiu que o estado tem uma rotina de contraprova para fazer o controle de qualidade dos laboratórios, mas não detalhou.

O gestor municipal disse que 5% de todas as lâminas com resultados normais vão para o controle de qualidade e que são recebidos, por meio da Regional de Saúde, e que às vezes os laudos mostram-se compatíveis e, às vezes, apresentam-se divergentes dos laudos dados pelos laboratórios do município.

Duas coordenadoras das unidades relataram que existe esse controle de qualidade: as amostras selecionadas vão para Curitiba, sendo devolvido para a unidade uma cópia do laudo que é anexado ao prontuário da usuária, relataram também que conforme exposto pela gestora do município, às vezes o laudo é o mesmo e às vezes traz alguma diferença.

Uma das coordenadoras referiu que o controle de qualidade laboratorial deve existir, mas que ela não tem conhecimento do tipo de controle que se faz. Uma outra não fez menção ao controle de qualidade dos laboratórios.

Para o controle de qualidade laboratorial recomenda-se que sejam selecionados 10% dos casos, considerando-se critérios clínicos e citopatológicos, exames insatisfatórios em decorrência de hemorragias e casos negativos aleatórios, este, totalizando no mínimo 5% do total de exames realizados (BRASIL, 2001).

Martinez (1997) expôs, no estudo de qualidade do Programa de Detecção Precoce de Câncer Ginecológico realizado em um estado do México, que a Norma Oficial Mexicana (NOM) recomenda, para o controle de qualidade dos laboratórios, a releitura em 10% das lâminas com resultados negativos, escolhidas aleatoriamente, e em 100% dos resultados positivos. Expôs, ainda, que a validade e a confiabilidade das leituras das lâminas são influenciadas pelo grau de preparação e experiência dos profissionais que realizam a leitura e pela excessiva carga de trabalho a que estão sujeitos.

Outro estudo, também realizado no México, objetivou avaliar os laboratórios de citopatologia que atendiam o Programa Nacional de Prevenção do Câncer Cervical daquele país, e concluiu haver problemas com os microscópios e com o abastecimento inadequado de reagentes e a necessidade de capacitação dos citotecnólogos, uma vez que 61% desses profissionais não identificaram alterações nas amostras e 45% a 46% não identificaram carcinomas (FLISSER; GARCIA-MALO; CANEPA et al., 2002).

Maeda, Loreto e Barreto et al. (2004) analisaram os resultados iniciais do Sistema de Informação Laboratorial do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (SISCOLO – Qualidade) na rede de saúde pública de São Paulo e concluíram que esse Programa é aplicável no monitoramento externo, já que além de atender às expectativas de qualidade definidas pelo Ministério da Saúde, ele não identificou casos de falso negativo e falso positivo, mostrando uma frequência de concordância de resultado em 86,62% das lâminas revisadas.

O controle de qualidade laboratorial é pouco conhecido. No geral, os gestores emitiram pareceres diferentes ou não falaram sobre ele. Essas informações devem ser ampliadas para que não somente o profissional confie na qualidade da assistência que ele presta às mulheres, mas a própria usuária acredite na qualidade da assistência que recebe.

Ao ser indagado sobre como é feito o convênio com os laboratórios, o gestor estadual relatou que no momento da implantação do Programa no estado, a Sociedade de Patologia disponibilizou os nomes dos laboratórios credenciados nessa sociedade, que, portanto, estariam autorizados e aptos a darem laudos sobre as lâminas com material cérvico-uterino, então o Estado repassou para esses laboratórios as cotas e as cidades que realizariam os laudos. Complementou que atualmente não tem conhecimento de como esse convênio é feito, visto que são os mesmos laboratórios desde a implantação do Programa. Referiu ainda que o estado faz a licitação para comprar esses exames e que os laboratórios têm absorvido de forma suficiente o número de exames realizados.

A experiência própria na atenção básica permite relatar a preocupação de muitos profissionais por não detectar alterações citológicas em 100% dos exames realizados nas unidades ou por não encontrar casos alterados dependendo do laboratório que produziu o laudo. Alguns coordenadores de UBSs solicitaram à DAS mudança de laboratório para a leitura da lâmina, já que não acreditam ser possível que em um número significativo de

exames citopatológicos realizados nessas unidades não exista casos alterados. Porém a DAS informa que essa mudança não é de sua governabilidade, mas há possibilidade do coordenador solicitar uma mudança temporária a fim de comprovar que existe esta divergência envolvendo os laboratórios.

Em uma conversa informal com um patologista do município, no qual os coordenadores de unidades confiam na qualidade dos laudos, verificou-se a preocupação que o mesmo tem em capacitar os citotecnólogos, realizando educação continuada aos mesmos, fechando o laboratório em alguns horários para discussão e apresentação das lâminas alteradas, inclusive com realização de testes de conhecimentos.

Ainda que o controle de qualidade laboratorial seja pouco conhecido ele existe, mas não foi possível, analisar a qualidade das informações que são dadas às mulheres acerca do auto-exame das mamas ou da qualidade dos exames clínicos das mamas realizados pelos profissionais, necessitando readequações nos instrumentos de coleta de dados utilizados no estudo.

4.5.1.4 Registros e informações sobre o câncer ginecológico

Sobre esse ponto, o gestor estadual fez referências à implementação do Programa do Estado do Paraná denominado Busca Ativa, ao qual os laboratórios informam em quais cidades residem e quais são as mulheres que apresentam exames citopatológicos alterados. O estado registra o resultado em um *site* no momento em que o laboratório de patologia passa o dado, devendo o município acessar esses dados por meio de um código próprio e alimentar esse sistema de informação.

Segundo esse gestor, o último relatório observado mostrou que apenas 0,2% do sistema foi alimentado pelos municípios que compõem a 17ª regional de saúde. Em algum momento também mencionou o SISCOLO, mas não deu detalhes sobre o seu funcionamento.

O gestor municipal associou registros e informações sobre o câncer com os relatórios advindos das Unidades de Saúde, onde consta, no número da requisição utilizada, o nome da mulher e mencionou que desde o começo do ano de 2005, o sistema está informatizado, sendo esse relatório extraído do setor de informática da autarquia municipal de saúde.

Os coordenadores das unidades fizeram referências aos registros e informações que produzem na unidade e ao caderno ou livro de registro em que consta a data da coleta do exame, o número de identificação da paciente, o número da requisição utilizada, o endereço e local para resultado do exame. Uma coordenadora referiu saber que se faz registro em algum lugar que não na UBS porque a DAS e o laboratório solicitam a busca ativa a determinadas mulheres com algumas alterações.

O coordenador estadual ou municipal do Programa deve fornecer os dados do SISCOLO ao coordenador local, permitindo-lhe ter o acesso ao desempenho da sua unidade e de seus profissionais e com isso analisar, entre outros fatores, a qualidade da amostra e a necessidade de reciclagem dos profissionais sobre o procedimento de coleta (BRASIL, 2002).

A Secretaria Estadual de Saúde explica: “um sistema de vigilância epidemiológica só se completa quando se cumprem as funções básicas de levantar informações que orientam os profissionais e serviços de saúde sobre as variáveis relevantes para o efetivo controle das doenças, agravos e problemas de saúde”. A mesma publicação complementa que isso implica não apenas a implantação de mecanismos de coleta e análise de dados, mas também a divulgação das informações (PARANÁ, 2004).

Nas unidades de saúde, os livros de registros mostraram-se organizados, possibilitando sua utilização para a localização das usuárias. As informações registradas pelos serviços deveriam ser utilizadas para a análise da situação de saúde, definição de prioridades, reorientação das práticas, mas muitas vezes os sistemas de informações apresentam qualidade duvidosa, inacessíveis, não-padronizados, e ainda de utilidade desconhecida pelos

trabalhadores que as produzem rotineiramente Isso dificulta os processos de avaliação. Como esses profissionais podem contribuir com a qualidade do registro de informação se não conhecem a sua finalidade?

Os profissionais das unidades devem ter conhecimentos sobre esses sistemas de informações, pois, a partir da sua compreensão, as informações poderão ser elaboradas de forma apropriada.

Os registros estão direcionados às atividades do exame preventivo do câncer do colo uterino, não foram mencionados registros acerca das atividades para detecção precoce do câncer de mama. Se essas atividades são realizadas devem ser registradas, não somente para ciência sobre a produção dos profissionais, perfil e controle do número de mulheres orientadas para realização do auto-exame das mamas, conhecimento dúvidas mais frequentes, entre outros, mas, para sensibilização dos gestores, profissionais e mulheres sobre a importância da realização adequada do exame clínico e realização periódica do auto-exame das mamas pelas mulheres.

4.5.1.5 Pactuação da cobertura de exames citopatológicos

Na percepção do gestor estadual, a pactuação sobre a cobertura de exames citopatológicos é feita pelo SISPACTO anualmente, o que estabelece um índice para alcançar junto à população de 25 a 59 anos. Cada município tem que se enquadrar dentro do índice porque tem cumprir o que foi pactuado. Segundo esse gestor, é utilizada, para o cálculo, a população levantada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No entendimento do gestor municipal, a pactuação é feita anualmente e, para chegar ao pacto de metas, é feita uma reunião com todos os gerentes de unidades. Refere este gestor que, para o ano de 2003, a meta foi maior ou igual a 35%, a qual, porém, não foi atingida.

Para 2004, a meta pactuada foi maior ou igual a 20%, mas atingiu 19%; então para 2005 a meta pactuada foi de 19%.

Os coordenadores de unidades relataram ter ciência da existência da pactuação. Um referiu que já ouviu falar da pactuação, mas dela nunca participou, apenas conhece o dado pronto que lhe chega às mãos. Outro menciona que sabe que existe a pactuação e que se tem que atingir metas no nível local. Uma coordenadora referiu que a pactuação de metas é feita no município, mas que não são todas as pessoas envolvidas que dela participam. Ela mesma não participa da pactuação, mas tem conhecimento do que foi pactuado e da meta que se tem que atingir, pois em reuniões comunica-se o que foi pactuado. Outra coordenadora expôs que às vezes a coordenação participa da pactuação, que se fazem reuniões e que a Secretaria Municipal de Saúde faz o pacto do município, e acredita que exista o pacto estadual.

Nesse momento, ainda que não indagados, somente o gestor representante do estado referiu que, na prática muitos municípios não alcançam a meta da pactuação alegando que falta material ou ele chega com atraso, falta treinamento para os profissionais ou há desligamento do cargo a pedido do médico ginecologista, mas segundo essa gestora, esses argumentos não são convincentes. A partir de 2005 os representantes devem identificar o problema dos seus municípios e juntamente com o responsável da regional de saúde devem corrigi-lo, uma vez que estarão juntos verificando os indicadores a cada três meses.

Não houve relatos sobre pactuação de metas relacionada ao câncer de mama, porém existe a pactuação da taxa de mortalidade de mulheres por esse câncer, que é um indicador que reflete a ocorrência de óbitos por câncer de mama em relação à população feminina. Em Londrina no ano de 2003 a meta pactuada foi a ocorrência de 14,68 óbitos por câncer de mama ou menos para 100 mil mulheres e obteve com resultado 13,65 óbitos por 100 mil nesse ano. Para 2004 pactuou-se uma taxa de 13,65 óbitos ou menos para 100 mil mulheres, mas a meta não foi atingida, visto que a taxa chegou a 14,69 por 100 mil.

Diante dos relatos, houve dúvidas sobre a real importância do pacto de indicadores para os gerentes das unidades, que estão em contato direto com a população e com trabalhadores da saúde. Sendo a pactuação de metas considerada item essencial para a avaliação dos serviços de saúde será necessário refletir sobre as formas de esclarecer os sujeitos envolvidos nesse processo, tornando-o efetivo, valorizado e útil para os profissionais que produzem esses indicadores e não apenas para servir de instrumento burocrático a ser cumprido pelos gestores em razão de possíveis incentivos financeiros.

A pactuação de metas relacionadas ao câncer de mama não foi lembrada, o que aponta a necessidade de instigar os profissionais a apropriar-se da prevenção do câncer de mama como prática cotidiana de trabalho, e associá-la às práticas de prevenção do câncer de colo de útero.

4.5.1.6 Capacitação dos profissionais que atuam no município

Esse tema foi abordado com os gestores locais, os quais deram diferentes pareceres. Relataram que os treinamentos aconteceram com a implantação do PSF no município em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde e que, na ocasião, participaram ginecologistas e enfermeiros. Alguns relataram a participação em aulas práticas, outros, participação em palestras, mas nada que significasse segurança para atuar na coleta de exames citopatológicos. Um deles disse que, se houve algum treinamento ele não participou e que, quando há admissão de um profissional, este é treinado na própria unidade com as enfermeiras; o mesmo acontece com os auxiliares de enfermagem que manifestam interesse em realizar a coleta desse exame.

Um desses gestores referiu que participou de vários treinamentos em momentos diferentes, mas que nos últimos dois anos não foi oferecido nenhum treinamento ou

reorientação. De forma geral, os gestores não especificaram os temas abordados nos treinamentos.

É papel tanto dos municípios quanto do estado capacitar enfermeiros, médicos e técnicos em radiologia, vistos como profissionais prioritários do Programa (BRASIL, 2001).

Planejar treinamentos ou reorientações para os profissionais é indispensável, porém mais importante que sua promoção pelo estado, município ou unidade de saúde, é a capacitação com vistas à produção de segurança técnica, nas orientações individuais ou de grupos e o aumento do número de exames realizados, com reflexos na detecção precoce dos casos.

Na capacitação dos profissionais é necessário que eles sejam sensibilizados para a importância de detectar precocemente o câncer de mama, que possam realizar o exame clínico das mamas com segurança e sintam-se aptos a ensinar o auto-exame das mamas às mulheres.

A AMS de Londrina tem apostado na utilização de ferramentas que possibilite mudanças no processo de trabalho e na cultura das organizações. Entre essas ferramentas está a Educação Permanente em Saúde (EPS), apresentada como uma proposta educativa de intervenção, baseada no processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe e centralizada nas circunstâncias e problemas do seu ambiente de trabalho, em suas práticas diárias, nas necessidades de saúde da comunidade com a qual trabalha. Essa proposta é recente no município e não permite uma análise aprofundada da percepção e sua incorporação no cotidiano dos profissionais e gestores, e igualmente dos possíveis resultados alcançados.

4.5.1.7 Protocolo de atendimento às mulheres nas unidades de saúde

No geral, os gestores locais referiram inexistir um protocolo formal do município de Londrina, mas cada unidade, dentro da sua realidade, estabelece o seu fluxograma de

atendimento, seja por procura espontânea da usuária, seja por busca ativa da equipe de saúde ou por encaminhamentos originados de dentro da própria unidade, como, por exemplo, solicitação da realização do exame citológico pelo clínico geral, enfermeira ou auxiliar de enfermagem. Além disso, a maioria das unidades dispõe de agendas para realização do exame com as enfermeiras e médicos ginecologistas.

Também houve relatos sobre os serviços de referência de alta complexidade e táticas de acompanhamento para os casos de mulheres com resultados de exames alterados.

Há ainda uma unidade que procura envolver todos os trabalhadores, desde a recepção, para abordar a usuária sobre a situação do exame citopatológico independente do atendimento que ela procura, identificá-la mediante carimbos na capa do prontuário a fim de permitir que qualquer profissional visualize a data do último exame realizado e também fazendo anotações em fichas de acompanhamento no programa do planejamento familiar. A usuária que raramente utiliza o serviço, mas que compareceu a unidade, o exame preventivo é realizado de forma imediata.

Com objetivos, padronizações de normas e procedimentos de prevenção e assistência definidos, o atendimento é resolutivo e, conseqüentemente melhorado. Nas UBSs de maior cobertura, as rotinas e fluxogramas de atendimento são divulgados igualmente entre todas as categorias profissionais, desde a recepção da mulher na unidade. Todos os entrevistados expressaram de forma semelhante a abordagem no Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Nas UBSs de menor cobertura, as informações ficam detidas com os coordenadores e profissionais que realizam a coleta do exame citopatológico e não existem estratégias para captação ou acompanhamento das mulheres.

Gamarra, Paz e Griep (2005), no estudo de fatores que determinam a adesão ao exame citopatológico, mostram que a principal barreira é o fato do médico ou outro profissional de

saúde não ter solicitado o exame, o que indica que muitas mulheres não se sentem com direito ou conhecimentos suficientes para requerê-lo.

Houve gestores que fizeram algumas considerações sobre o Programa considerando seu alto custo, sobre a melhoria do acesso ao exame em virtude das enfermeiras contratadas pelo PSF realizar a coleta do exame preventivo, sobre a necessidade de integrar a equipe do PSF com as atividades do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama e a necessidade de sistematizar o Programa do município, sobre a dificuldade para atingir a meta pactuada pela extensa área de responsabilidade da unidade de saúde, o perfil da população que utiliza outros serviços de saúde e sobre a equipe do PSF considerando-a incompleta.

Um protocolo de atendimento para a citologia oncótica está sendo elaborado por uma comissão de profissionais atuantes no município de Londrina, no qual serão contempladas rotinas, organização do fluxo de atendimento, atribuições dos profissionais, tratamento dos casos alterados, monitoramento das mulheres, entre outros itens (PINHO; SCOCHI, no prelo).

As informações recentes dão conta de que esse protocolo, denominado “Prevenção do Câncer de Colo de Útero e do Câncer de Mama”, aborda os dois tipos de cânceres, foi formatado, passou por validação interna pelos profissionais da área e por algumas UBSs do município, passou também por validação externa, contando com instituições de ensino superior, conselhos de classes profissionais, regional de saúde, secretaria de outros municípios. Consideraram-se necessárias algumas adequações, o que adiou a sua implantação.

A implantação dessa instrução de trabalho é de extrema importância, pois dará direcionalidade as ações, apoiará as decisões e o manejo clínico, norteará a organização do processo de trabalho ao estabelecer fluxos integrados de atendimento e definir responsabilidades dos profissionais e serviços de saúde.

Um coordenador explicou: “várias coisas acabam para as enfermeiras, que tem que fazer sisprenatal, puericultura, puerpério e a enfermeira que tem papel de coordenação e de

equipe trazem um acúmulo de função” e complementou: “esse acúmulo é uma coisa que angustia, porque a gente não consegue absorver toda a demanda de serviço, que teríamos esse papel enquanto enfermeiras”.

Pinho e Scochi (no prelo), no estudo sobre a participação da enfermeira na prevenção do câncer em Londrina, constataram que as enfermeiras que assumem equipe do PSF e coordenação da UBS têm dificuldades em realizar ações de prevenção do câncer de colo de útero.

4.6 ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS

Este instrumento possibilitou coleta de dados sobre a percepção do profissional de saúde quanto à: existência de rotinas de atendimento à mulher, adequação da estrutura física, disponibilidade dos materiais utilizados, frequência de capacitação profissional, existência de registro de mulheres que se submeteram ao exame preventivo na UBS, possibilidade de utilizar sistema de referência e contra-referência, caso seja necessário dar continuidade ao tratamento da mulher.

Todos os profissionais, tanto das unidades de maiores quanto das de menores coberturas referiram conhecer o número de profissionais que fazem a coleta para exame citopatológico, não foi questionado se fazem ou têm conhecimento de outros profissionais que realizam o exame clínico das mamas e ensinam ou incentivam à realização do auto-exame para as mulheres, então não houve referências a esse tema.

Nas unidades de maior cobertura, esses profissionais foram unânimes em considerar que todos os que realizam esse procedimento na UBS são profissionais totalmente capacitados. Já em relação às unidades de menor cobertura não houve esse consenso; 02 profissionais (40,00%) julgaram que os profissionais são parcialmente capacitados para realização desse exame, um deles referiu-se a si mesmo, dizendo que fica inseguro em

algumas coletas e outro expressou a necessidade de um novo treinamento, já que adquiriu experiência na técnica de coleta do exame preventivo, podendo, portanto, ter um aproveitamento maior e mais significativo.

O tempo de ocorrência da última capacitação profissional não estava claro para os profissionais. Dos 15 profissionais entrevistados, 06 (40,00%) não souberam informar quando houve a última capacitação referente à prevenção do câncer ginecológico, 08 (53,33%) disseram que essa capacitação aconteceu entre 03 e 04 anos atrás, quando foi implantado o PSF no município, e 01 (6,67%) relatou que a última capacitação ocorreu há menos de 02 anos.

Alguns gestores e profissionais relacionaram a última capacitação à implantação do PSF no município. Dos profissionais entrevistados, 09 (60,00%) fazem parte de equipes do PSF. Destes, 05 (55,56%) são enfermeiras, 02 (22,22%) auxiliares de enfermagem, 01 (11,11%) ACS e 01 (11,11%) médico. Vale ressaltar que esse médico do PSF é ginecologista atuante em uma UBS de maior cobertura, podendo ser um fator contribuinte para a cobertura atingida.

Os outros médicos entrevistados também são ginecologistas, porém não atuam no PSF. Nenhum outro médico clínico geral, contratado para o PSF foi citado como participante efetivo do Programa de prevenção do câncer. Isso significa que esses não são os principais responsáveis pelo Programa, ainda que seja necessária a integração desse profissional nas práticas de prevenção.

Outro estudo havia revelado que não há participação dos médicos do PSF na coleta de C.O., o que denota limites de alguns profissionais que não estão preparados para atuar no saúde da família. No mesmo estudo, 70,58% das enfermeiras que realizavam a coleta de C.O. foram contratadas para atender o PSF (PINHO; SCOCHI, no prelo). Das enfermeiras entrevistadas, 05 (83,33%) estão integradas a uma equipe de PSF, o que mostra envolvimento desses profissionais nas atividades preventivas.

As respostas mencionadas pelos profissionais sobre a existência de rotinas de atendimento na UBS, a adequação da estrutura física para a coleta do exame preventivo de câncer ginecológico e sobre a utilização de registros para monitoramento das mulheres mostraram que não há discrepância entre as unidades. Isso possibilita afirmar que não são esses fatores que favorecem a realização de muitos ou poucos exames citopatológicos (TABELA 2).

Todos os profissionais relataram existir rotinas de atendimento à mulher em relação ao Programa, reportando-se a UBS em que atuam, sendo por procura espontânea, busca ativa ou parte do processo de trabalho, além de agendamentos para médicos e enfermeiros. Um uma das UBS de maior cobertura é garantido o agendamento para coleta de citologia oncótica com horários alternativos, inclusive finais de semana e dias de campanha de vacinação.

Nenhum profissional considerou a estrutura física inadequada para a realização do exame preventivo, porém dentre os 07 profissionais (46,67%) que consideraram a estrutura física totalmente adequada, um atribuiu a privacidade e outros embora tivessem esse julgamento relataram que poderia ser melhor, fazendo sugestões de possibilitar música ambiente para ajudar no relaxamento da mulher e disponibilização de espelho. Oito profissionais (53,33%) a consideraram parcialmente adequada referiram-se ao tamanho pequeno da maca para pacientes obesas, falta de espelho na orientação do auto-exame das mamas e falta de sala para a coleta em determinados horários devido ao seu uso por outros profissionais.

Onze profissionais (73,34%) referiram que os materiais disponíveis estão adequados atribuindo a existência de kits descartáveis, composto por escovinha, espátula de Ayre e lâmina, e por haver regularidade no abastecimento desses materiais. Um profissional considerou parcialmente adequado por não ter espéculo descartável (instrumento introduzido no canal vaginal para visualização do colo), outro relatou adequação total dos materiais justamente por não ter esse instrumento descartável, complementando que certa vez o mesmo

foi disponibilizado, mas apresentava ranhaduras na extremidade dificultando sua introdução no canal vaginal e trazendo desconforto para a mulher.

Dez profissionais (66,67%) relataram existir referência e contra-referência, 04 profissionais (26,67%) apontaram a possibilidade de que a mulher com exames alterados seja encaminhada à níveis secundário e terciário de atenção, e não recebem contra-referências desses serviços, a qual se obtém por meio do relato da usuária. Uma profissional (6,66%) verbalizou não conhecer referência ou contra-referência, no entanto ela acompanhou uma usuária com resultado positivo ao serviço de referência, já que na ocasião nenhum familiar poderia acompanhá-la — essa mulher já deixara de ir a um primeiro agendamento feito pela UBS.

Um dos profissionais que apontou a existência de referência e contra-referência assegurou que atende as mulheres no serviço de referência, garantindo a entrega da guia de contra-referência a todas as mulheres, mas não pôde afirmar se a usuária devolvia ou não a guia ao serviço que a encaminhou. Além disso, acredita que os outros profissionais daquele serviço também utilizam esse mecanismo.

Nicoletto, Cordoni Júnior e Costa (2005) verificaram, entre outras abordagens, a existência de referência e contra-referência ao analisarem o perfil dos consórcios intermunicipais de saúde do Paraná, concluindo que este mecanismo administrativo entre serviços é importante em relação à racionalidade e efetividade, e que, freqüentemente, é valorizado em discursos, mas é pouco e mal implementado na prática.

Para a efetiva implementação do sistema de referência e contra-referência deve-se pensar na articulação de uma proposta entre as instituições envolvidas, com comprometimento dos indivíduos que estão executando e usufruindo esse mecanismo.

Aos profissionais cabe a responsabilidade de utilizar as guias de referência e contra-referência de forma adequada, com dados completos e com os motivos dos encaminhamentos preenchidos corretamente. Se os limites interinstitucionais existem, é possível incluir a

usuária como co-responsável neste processo, informando-se que a organização do serviço ajudará a resolver, de fato, as suas necessidades de saúde.

Apenas um profissional relatou não saber da existência de registros na UBS sobre as mulheres que se submeteram à coleta de material para o exame preventivo do câncer ginecológico. Os 14 profissionais (93,33%) que referiram saber sobre os registros nas unidades especificaram que os mesmos abordam data da coleta, nome da usuária, idade, número do prontuário, endereço, telefone e que existe de um espaço para anotação do resultado quando esse retorna do laboratório.

Não foi exposta a existência de registros acerca da realização ou não do exame clínico das mamas pelos profissionais, ou se a mulher na ocasião da coleta de citologia oncológica foi orientada para realizar o auto-exame, ou até mesmo registros de justificativas para a não realização dos mesmos.

Tabela 2 – Aspectos sobre estrutura e funcionamento abordados na entrevista com os profissionais que atuam no Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina - PR, 2005.

Aspectos Abordados	Respostas referidas	UBSs de Maior Cobertura		UBSs de Menor Cobertura	
		N.º	%	N.º	%
Existência de Rotina de Atendimento à Mulher	Sim	10	100,00	05	100,00
	Não	-	-	-	-
Adequação da Estrutura Física para Coleta de C.O.	Total	05	50,00	02	40,00
	Parcial	05	50,00	03	60,00
	Não adequada	-	-	-	-
Adequação dos Materiais Disponíveis	Total	07	70,00	04	80,00
	Parcial	02	20,00	-	-
	Não adequado	01	10,00	01	20,00
Existência de Registros da UBS	Sim	09	90,00	05	100,00
	Não	01	10,00	-	-
	Não sabe	-	-	-	-

Também foi possível visualizar questões relacionadas à divulgação do Programa em Londrina, a existência de ações educativas, possibilidades de agendamento para a realização do exame preventivo do câncer ginecológico na unidade de saúde, conhecimento sobre o número de mulheres na faixa etária de risco preconizada pelo Ministério da Saúde, número médio de coletas de C.O. realizadas na unidade em que o profissional atua (TABELA 3).

Dos nove profissionais que relataram ocorrência de divulgação parcial do Programa em Londrina, 05 (33,33%) são enfermeiros, 03 (20,00%) são auxiliares de enfermagem e 01 (6,67%) é médico. Para 02 (13,32%) médicos, 01 (6,67%) auxiliar de enfermagem e 01 (6,67%) ACS esse Programa foi considerado totalmente divulgado. Uma (6,67%) enfermeira considerou que não existe divulgação referente ao Programa e 01(6,67%) médico referiu não saber sobre a divulgação.

Os profissionais, de uma forma geral, expressaram não saber da divulgação do Programa no município, mas tinham como parâmetro a sua UBS de trabalho. Referiram que nas unidades de maior cobertura, quem divulga são os trabalhadores da unidade, os ACS por meio das visitas domiciliares, e as usuárias mediante comunicação “boca em boca”, mas deveria ser divulgado nos tradicionais meios de comunicação. Um profissional considera que “as mulheres não procuram a unidade por não terem conhecimento, não valorizarem o exame e julgá-lo um exame chato”. Nas unidades de menor cobertura um profissional expressou que há cartazes na UBS, duvidando inicialmente se isso seria suficiente ou não, mas concluiu que “em termos de Londrina, pelo percentual de coleta é suficiente sim, porque na realidade, independente de ter propaganda elas não vem colher, especialmente as de mais idade”, também relata que “com o PSF o pessoal tem incentivado”.

O exposto permite verificar que, nas unidades de maior cobertura, a divulgação faz parte do cotidiano de trabalho, está incutido no processo de trabalho, contando-se com o trabalho dos ACS e sensibilização das mulheres por qualquer trabalhador que esteja em

contato com elas. Nas unidades de menor cobertura a responsabilização é transmitida à usuária e, embora exista alguma participação da equipe, esta não está incorporada na rotina de atendimentos. A divulgação pode ser um fator determinante para a maior cobertura.

Cinco enfermeiros (33,35%), 02 auxiliares de enfermagem (13,32%) e 03 médicos (20,00%) relataram que são realizadas ações educativas referentes à prevenção do câncer de mama, câncer de colo de útero e também outros temas como Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e sexualidade. Uma enfermeira (6,67%), 02 auxiliares de enfermagem (13,32%) e 01 ACS (6,67%) referiram que não são realizadas ações educativas. E 01 médico (6,67%) referiu não saber dizer sobre ações educativas relacionadas ao tema.

Em todas as unidades, as ações educativas acontecem, na sua maioria, de forma individual e no consultório. Os profissionais relataram dar orientações, no entanto não sabem se na sua unidade os outros também o fazem. Apenas uma enfermeira relatou fornecer orientações coletivamente, a todas as mulheres, antes de iniciar a coleta, utilizando linguagem simples, acessível, e possibilitando um canal aberto de comunicação entre o profissional e as próprias usuárias, para que exteriorizem e compartilhem as próprias experiências.

A difusão do conhecimento sobre o comportamento epidemiológico das doenças é fator essencial por permitir à comunidade, como um todo, participar de modo ativo no esforço comum voltado à redução dos danos causados à sociedade por certos agravos. O conhecimento restrito a um grupo, quando não é socializado, corre sérios riscos de se tornar uma atividade estéril. (PARANÁ, 2004).

Alguns profissionais relataram ser necessário divulgar o Programa, agilizar capacitações, melhorar referências e contra-referências, implantar protocolo de C.O., possibilitar que o auxiliar de enfermagem faça a coleta de material para o exame, haver padronização do período entre uma coleta e outra, saber se realiza ou não o exame em

gestantes, relataram também haver e dificuldade em abordar a mulher mesmo na própria unidade de saúde, uma vez que os profissionais não investigam a data do último exame.

Tabela 3 – Aspectos abordados pelos profissionais entrevistados sobre a divulgação, atividades e informações do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina - PR, 2005.

Aspectos abordados	Respostas Referidas	UBS de Maior Cobertura		UBS de Menor Cobertura	
		Nº.	%	Nº.	%
Realização de Ação Educativa	Sim	08	80,00	02	40,00
	Não	02	20,00	02	40,00
	Não sabe	-	-	01	20,00
Existência de Agenda para Coleta do Exame Citopatológico	Sim	10	100,00	05	100,00
	Não	-	-	-	-
	Não sabe	-	-	-	-
Conhecimento sobre o Número de Mulheres na Faixa Etária de Risco	Sim	02	20,00	-	-
	Não	08	80,00	05	100,00
Informação sobre Média Mensal de Exames Citopatológico	Sim	10	100,00	05	100,00
	Não	-	-	-	-
Divulgação do Programa em Londrina	Totalmente divulgado	04	40,00	-	-
	Parcialmente divulgado	05	50,00	04	80,00
	Não divulgado	01	10,00	-	-
	Não sabe	-	-	01	20,00

Ainda que não investigado é necessário assinalar que desde o princípio do estudo, na seleção das unidades de saúde, houve preocupação sobre o perfil socioeconômico interferindo na cobertura de exames citopatológicos das unidades, supondo que a baixa cobertura pudesse ser atribuída a uma população de classe social média alta, com acesso a serviços de saúde privados ou convênios médicos para a realização do exame preventivos.

Esse pressuposto transpareceu quando o coordenador de uma das unidades de menor cobertura relatou que além dos problemas internos que determinam a baixa cobertura, existe a dificuldade do controle das mulheres na faixa etária de risco por grande parte da área não ser

acompanhada pelo PSF e acreditar que pelo poder aquisitivo da população as mulheres poderiam utilizar outros serviços que não o público, porém era uma proposição, não podendo afirmar com certeza.

O coordenador da outra unidade de menor cobertura relatou que muitas pessoas residentes na área de abrangência da UBS têm convênio médico e acaba fazendo acompanhamento em outros serviços, mas também é uma suposição, à medida que o PSF não atende toda a população, não conhece quem realmente tem convênio de saúde e se está realizando o exame preventivo em outro serviço. Também relatou que o fato da população ter um nível sociocultural maior tem acesso fácil as informações e por isso questionam os resultados dos exames, querem saber o que significa, por que não vai tratar, entre outros questionamentos. Essa exposição mostra que as mulheres de nível socioeconômico considerado elevado também utilizam o serviço municipal.

Nas entrevistas com as mulheres das unidades de menores coberturas foi verificado que algumas já tiveram planos de saúde e que deixaram de ter, por isso utilizam o serviço municipal. Houve uma mulher que relatou ter convênio médico, mas sempre utiliza a UBS por ser mais próxima da residência, portanto mais prático, e por considerar o serviço tão eficaz quanto o plano.

4.7 ENTREVISTAS COM USUÁRIAS

Do total de 51 entrevistas, 13 (25,49%) foram realizadas por telefone. Essa experiência foi satisfatória, uma vez que as mulheres mostraram-se receptivas e interessadas, falaram abertamente sobre suas experiências vividas e expuseram mais dúvidas. Ademais as entrevistas tiveram maior duração se comparadas com as entrevistas feitas pessoalmente.

A entrevista com as usuárias consistiu em relatarem elas sua vivência relacionada à prevenção do câncer ginecológico e ao atendimento recebido na Unidade de Saúde. A

entrevistada relatou o que a levou a fazer o exame preventivo do câncer ginecológico, há quanto tempo o realiza e com qual frequência e ainda com que frequência utiliza o Serviço Municipal de Saúde, quanto tempo decorre do agendamento até a coleta de exame, como avalia o atendimento recebido na UBS, se recebeu ou não orientação sobre prevenção do câncer de mama e câncer de colo uterino, se recebeu orientação quanto ao retorno para conhecimento do resultado do exame e se retornou ou não para saber do resultado (tabela 04).

Quarenta e nove mulheres (96,07%) lembravam-se da data da realização do último preventivo, o que mostra que a memória estava preservada, sendo a população adequada ao estudo.

Trinta e duas mulheres (62,75%) informaram que o exame preventivo foi realizado pelo médico e 19 (37,25%) relataram que o enfermeiro fez a coleta do exame citopatológico. Não houve menção da realização do exame citopatológico por outros profissionais. Nas unidades de maior cobertura, 17 mulheres (48,57%) relataram que o exame foi colhido pelo médico e, nas unidades de menor cobertura, 15 (93,75%) disseram que também foram atendidas por esse profissional. O enfermeiro, nas unidades de maior cobertura, realizou 18 (51,43%) das coletas e nas unidades de menor cobertura só 01 (6,25%) exame foi realizado pelo enfermeiro.

Essa realidade permite refletir sobre a importância da inserção do enfermeiro no Programa, porquanto que nas unidades onde esse profissional está envolvido há maior cobertura de exames citopatológicos e, conseqüentemente, há mais ações educativas, medidas de prevenção e melhoria das informações.

Quanto à realização do exame preventivo, 25 mulheres (49,01%) destacaram ser ele rotina na sua vida, 06 usuárias (11,76%) disseram que foram levadas a fazê-lo por orientação na própria UBS, 02 (3,92%) assinalaram que foram orientadas por ACS ou outro profissional do PSF e 18 mulheres (35,31%) alegaram terem sido levadas a esse exame por outros

motivos, como por exemplo, pela mídia, por queixas ginecológicas, pelo medo do câncer, por encaminhamento de outro serviço ou por orientação de algum familiar.

Trinta e três usuárias entrevistadas (64,70%) realizam o exame citopatológico anualmente, 07 (13,73%) não o fazem com frequência e realizam-no quando têm disponibilidade, 05 (9,8%) relataram ter sido o atual o primeiro exame citopatológico a que se submeteram, 04 (7,85%) disseram realizar o preventivo de câncer ginecológico a cada seis meses e 02 usuárias (3,92%) realizam esse exame a cada dois ou três anos.

No estudo realizado por Pinho, França Júnior, Schraiber e D'Oliveira (2003), das mulheres que realizaram o preventivo alguma vez na vida, a maioria (65,5%) o realizou há menos de um ano, porém 24,2% o realizaram entre um e três anos atrás e 6,9% há mais de três ou cinco anos e uma mulher não soube responder quando foi o último exame.

O Ministério da Saúde recomenda que se faça o exame citopatológico a cada três anos após dois resultados negativos obtidos em exames realizados com intervalo de um ano. Após um resultado negativo, a realização trienal do exame é tão eficiente quanto o anual e o intervalo de 03 anos após dois resultados negativos permite identificar possíveis resultados falso-negativos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2005; BRASIL, 2002). Esta periodicidade não exclui o retorno anual da mulher para o exame clínico das mamas (BRASIL, 2002).

Das usuárias que se submetem ao exame anualmente, 20 (60,61%) relataram considerá-lo rotina na sua vida, o que pode ser reflexo da dúvida sobre a periodicidade manifestada pelo profissional, que, embora diga seguir as diretrizes do Ministério da Saúde ou do Estado do Paraná, conforme relata um coordenador de uma unidade de maior cobertura, que é orientado coleta anual e não prioriza a faixa etária de 25 a 59 anos, realizando de qualquer mulher. Um profissional relatou que, embora conheça a periodicidade preconizada

pelo Ministério da Saúde, não concorda com o tempo e acrescentou “nós enfermeiros orientamos vir de ano em ano e o médico orienta 03 anos”.

Todas as mulheres devem ter acesso garantido aos exames preventivos, mas principalmente as da faixa de risco para câncer de colo do útero e para câncer de mama. A incidência do câncer de colo uterino é pouco freqüente em mulheres com menos de 30 anos e a do câncer de mama é maior em mulheres entre 40 e 69 anos (PARANÁ, 2002; BRASIL, 2002).

Vinte e três usuárias (45,09%) tinham menos de 35anos, porém 34 mulheres (66,67%) iniciaram a realização do exame preventivo com menos de 25 anos, o que confirma o exposto pelo MS, isto é, na rede de saúde a maioria dos exames citopatológicos é realizada em mulheres com menos de 35 anos (BRASIL, 2000).

A periodicidade adotada pelas mulheres para realização do exame, sob orientação profissional e os exames feitos pelas mulheres não incluídas na faixa etária de risco, podem influenciar no índice de cobertura. Ainda que em todas as UBSs mulheres de diferentes idades tenham realizado a coleta para o exame de citologia oncótica, nas unidades de maior cobertura, as mulheres relataram que realizam o preventivo rotineiramente todo ano. A maior cobertura também pode ser resultado do entusiasmo dos profissionais da UBS e dos que fazem visita domiciliar em abordar as mulheres, independente da idade. Nas UBSs de menor cobertura a mulher não reconhece a necessidade do exame citológico de colo uterino como rotina e não menciona participação da unidade na decisão de realizar o preventivo.

O exame preventivo realizado para alcançar coberturas, desconsiderando-se as mulheres da faixa etária de risco, e abstraindo-se da busca ativa das mulheres que nunca colheram material para exame citológico e priorizando mulheres que comparecem à UBS para outras finalidades é capaz de impedir o impacto sobre a mortalidade por câncer de colo uterino.

Não existe protocolo de atendimento relacionado ao Programa; cada unidade estabelece a sua rotina, o que é um fator positivo considerando-se que, apesar de cada local ter as suas características, recursos humanos específicos e estrutura física peculiar, os profissionais se organizam para realizar essa atividade de prevenção, mas deve-se atentar para a tendência dos indivíduos a restringir sua capacidade de ação para apenas um local, em geral no qual atuam. Uma visão holística é necessária quando se pensa na substituição do modelo hegemônico da assistência por um modelo que reúna a integralidade e a equidade no cuidado à população. Caso não existir uma padronização que impulse o exercício de detecção precoce do câncer ginecológico, as mudanças desejadas não acontecerão.

O grau de satisfação do usuário revela a percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado recebido, podendo decorrer da sua relação com o profissional, de aspectos de infraestrutura e também de representações do usuário sobre o processo de saúde doença (SILVA, 1994).

O atendimento recebido nessas unidades de saúde atendeu totalmente as expectativas de 40 mulheres (78,44%), as quais relataram ter encontrado na unidade o atendimento acolhedor afirmando que são atendidas rápido e que os profissionais atendem com carinho, atenção, escutam as queixas e esclarecem dúvidas. Para 10 mulheres (19,60%) o atendimento correspondeu apenas parcialmente suas expectativas, pois houve demora ou a consulta não foi com o médico com o qual havia consultado anteriormente ou, ainda, o exame foi extraviado; ou poderia ter sido melhor. Uma usuária (1,96%) mostrou-se insatisfeita com o atendimento recebido, uma vez que não gostou da forma como o médico a atendeu.

Um estudo realizado por Scochi (2002), mostrou que as manifestações positivas das gestantes sobre um serviço de saúde referiram-se à relação entre usuários e prestadores, ressaltando a importância do relacionamento interpessoal e da humanização do cuidado. Já as restrições referiram-se ao tempo de espera para os atendimentos e à falta de continuidade.

Este tema não apontou diferenças relevantes entre as unidades de maior ou de menor cobertura revelando, de uma forma geral, alto grau de satisfação das mulheres. Há que se destacar que a satisfação do usuário é um conceito complexo, que envolve subjetividade, relacionamento interpessoal, expectativas, valores. O profissional é o sujeito a quem mais se atribuiu o grau de satisfação ou insatisfação do usuário, visto que todas as mulheres associaram o grau de satisfação do atendimento recebido ao tratamento proporcionado pelos profissionais da unidade, além tempo de espera, ruptura do vínculo com o profissional e possibilidade de esclarecer as dúvidas.

Vinte e quatro mulheres (47,06%) expressaram que no momento da consulta o profissional não fez nenhum tipo de orientação sobre prevenção, 15 (29,41%) relatam terem sido orientadas sobre a prevenção do câncer de mama, 05 (9,80%) disseram ter recebido orientações sobre prevenção de câncer de colo de útero e de mama, 03 (5,88%) disseram ter recebido orientações a respeito da periodicidade dos exames, 01 (1,97%) recebeu orientação sobre o câncer do colo de útero e 03 mulheres (5,88) não se lembraram de ter recebido alguma orientação.

Das mulheres que disseram não terem recebido orientação dos profissionais quanto à prevenção do câncer no momento da consulta, 20 (83,33%) referiram que o exame foi realizado pelo médico e 04 (16,67%) que foram atendidas pelo enfermeiro.

Dentre as 16 mulheres entrevistadas nas unidades de menores coberturas, 12 (75,00%) não receberam orientações dos profissionais acerca da prevenção, e nas unidades de maiores coberturas, dentre as 35 mulheres entrevistadas 12 (34,29%) não receberam orientação sobre o mesmo tema.

Não obstante 10 profissionais (67,00%) terem relatado prática de ações educativas sobre prevenção do câncer ginecológico, o panorama exposto pelas mulheres mostrou que se trata de orientações limitadas. Faz-se necessário repensar a essência da prevenção, a

capacidade do profissional em apropriar-se do tema e compartilhar com a mulher os aspectos que tenham significado para ela. Como o profissional vai esclarecer dúvidas, se ele próprio as tem ou se ele não oportuniza o diálogo com a usuária?

Quarenta e sete mulheres (92,16%) disseram terem recebido orientação para retornar; dessas, 28 (54,90%) retornaram para conhecer o resultado do exame, e das que retornaram 03 (10,71%) relataram que o exame não estava pronto. Os motivos do não retorno, relatado por 23 mulheres (45,10%) foram: contato de algum profissional antes do dia agendado para avisar que estava “tudo bem”, consulta agendada para os próximos dias, espera de outros exames ou certeza de resultado satisfatório, caso contrário alguém da equipe avisaria. Das mulheres que não retornaram, 04 (17,40%) receberam visita domiciliar ou telefonema convocando-a para o retorno.

Tanto nas unidades de maior quanto nas de menor cobertura as mulheres receberam orientação para retornar, porém não retornaram por motivos semelhantes. As que retornaram foram informadas sobre os resultados dos exames. Algumas usuárias das unidades de maior cobertura que não retornaram receberam convocação, outras não, mas nenhuma mulher das unidades de menor cobertura foi convocada. Sobre esse aspecto, uma análise mais profunda seria pertinente, pois os coordenadores das unidades que apresentaram maior cobertura relataram que só é convocada a mulher que tem resultado de exame alterado e neste estudo não houve conhecimento do resultado do exame.

Ao final da entrevista as mulheres tiveram oportunidade de esclarecer dúvidas relacionadas ao tema. Trinta e cinco entrevistadas (68,63%) expressaram não ter dúvidas e 16 (31,37%) pediram esclarecimento a respeito da periodicidade da coleta de C.O., fatores de risco de câncer de colo de útero e de mama, auto-exame das mamas durante a amamentação, entre outros. Uma delas desabafou “eu quero saber tudo que você puder me falar”.

Tabela 4 – Entrevista com usuárias do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina, quanto à idade do início de exame citopatológico e atendimento recebido na unidade de saúde, 2005.

Aspectos abordados	Respostas referidas	UBS de Maior Cobertura		UBS de Menor Cobertura	
		Nº.	%	Nº.	%
Conhecimento sobre a Data do Último C.O.	Sim	33	94,29	16	100,00
	Não	02	5,71	-	-
Idade em que Iniciou a Realização do Exame	Menos de 25 anos	24	68,57	10	62,50
	Mais de 25 anos	07	20,00	06	37,25
	Não Sabe	04	11,43	-	-
Utilização do Serviço Municipal de Saúde	Sempre	34	97,14	14	87,50
	Às vezes	01	2,86	02	12,50
Demora no Agendamento	Menos de 01 mês	28	80,00	14	87,50
	De 01 a 04 meses	07	20,00	02	12,50
	Mais de 05 meses	-	-	-	-
Atendimento na UBS Quanto às Expectativas	Totalmente	29	82,86	11	68,75
	Parcialmente	06	17,14	04	25,00
	Não atendeu	-	-	01	6,25
Recebeu Orientação para Retorno	Sim	34	97,14	13	81,25
	Não	-	-	02	12,50
	Não sabe	01	2,86	01	6,25
Retornou para Conhecer o Resultado	Sim	18	51,43	10	62,50
	não	17	48,57	06	37,50

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não havendo conhecimento de estudos dessa natureza, que abrange as diferentes visões de indivíduos envolvidos no Programa, sejam os gestores, os profissionais e as usuárias, esse estudo pode mobilizar as pessoas a repensarem suas práticas profissionais, seu compromisso com os serviços de saúde, sua contribuição para a construção do sistema de saúde melhor.

Acredita-se que a proposta inicial do estudo foi atendida, porém os bancos de dados não possibilitaram o conhecimento do número real de mulheres na faixa de 25 a 59 anos que realmente fazem o exame citopatológico, visto que todas as mulheres, mesmo as com mais e menos idade estão incluídas nesse cálculo.

A cobertura de exames citopatológicos deve ser calculada para mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, mas os relatórios produzidos pelo município até o final de 2004 não contemplavam a faixa etária das mulheres que realizavam o exame preventivo, sendo o cálculo da cobertura feito sobre o número de preventivos realizados, independente da idade da mulher, todas eram consideradas na faixa de risco. Outra percepção foi a impossibilidade de saber se a mulher está realizando o exame pela primeira vez ou se faz o exame mais de uma vez no ano. Esses fatores podem dar ilusão de uma maior cobertura, seja no município como um todo, seja nas unidades de saúde.

O cálculo real da cobertura será possibilitado pelo novo sistema informatizado de relatório, porém apresentá-lo ou apenas enviá-lo para as unidades sem suscitar discussões com os coordenadores, sem destacar, a todos os componentes da equipe, a relevância dos dados e sua disseminação, não reorientará as ações da forma esperada.

O SIAB mesmo sendo um sistema de informação estruturado pelo MS, não dá conta da cobertura real na faixa etária preconizada pelo próprio MS, e como os outros sistemas não é possível conhecer a periodicidade dos exames realizados ou se é o primeiro exame que a

mulher está se submetendo. Isso mostra que os sistemas de informações estão desarticulados e apesar de serem ferramentas aplicáveis, apresentam algumas dificuldades passíveis, porém, de serem superadas se os mesmos forem revistos. Aqui se recomenda integração entre todos os níveis de gestão, para que os sistemas sejam padronizados, se tenha uniformidade das fontes de registros, ocorra reestruturação ou adequações nos bancos de dados já existentes ao invés de criar novos bancos. Evitando-se então a duplicação de informações, registros incompletos, ou até mesmo esquecimento em arquivos daquelas informações já produzidas e se possa, inclusive, acrescentar informações acerca das atividades para detecção precoce do câncer de mama.

Cada sujeito envolvido tem o seu papel, porém as informações não são compartilhadas e o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama não é divulgado nem apresentado claramente aos trabalhadores e usuárias. Pensar em torná-lo melhor é problemático especialmente quando os trabalhadores lotados nas unidades, aqueles que estão em contato direto com a população, produzindo saúde, resolvendo os problemas com os quais se deparam, não sabem como esse trabalho possa refletir na qualidade de vida, nos indicadores, na prevenção de determinados acometimentos à saúde.

Por outro lado, as equipes têm dificuldade de atender a todas as mulheres com vida sexual ativa e as mulheres que utilizam outros serviços para realizar o exame citopatológico.

Nas unidades de maiores e menores coberturas houve uma maior proporção de mulheres na faixa etária entre 25 e 59 anos realizando o exame preventivo, em seguida foram mulheres com menos de 25 anos. O estudo apontou que as mulheres na faixa etária de risco iniciaram a realização do exame preventivo com menos de 25 anos e a experiência profissional permite relatar que há um grande número de mulheres jovens fazendo o exame citopatológico, há muitas adolescentes grávidas e jovens iniciando a vida sexual precocemente. Por conta disso a instrução de trabalho para a prevenção do câncer de colo

uterino e mama a ser implantada no município traz que os exames de prevenção devem ser realizados a todas as mulheres que iniciaram a vida sexual, independente da idade.

É preciso repensar a cultura de visualizar a micropolítica, tendência de reportar-se ao “seu” local de trabalho, à “sua” UBS. Os problemas de saúde não são separados por muros ou linhas imaginárias que impedem que o “meu” problema possa ser também do “outro” e vice-versa. É necessário partilhar informações, pois quanto mais os sujeitos envolvidos souberem sobre o município mais sentir-se-á responsável pelas suas ações e mais aliado será nas práticas de mudanças.

Deve-se focar o município na sua totalidade, refletir nos benefícios para a população, buscar soluções para os problemas da realidade, pensando que isso refletirá, de forma generalizada, no contexto municipal. O óbito de uma mulher por câncer de mama ou câncer de colo de útero, independente do serviço de saúde utilizado, estará apresentado no índice do município de Londrina.

Esse contexto apresentado aponta a necessidade de propagar a dimensão do câncer ginecológico no município, sob o ponto de vista social, epidemiológico, político ou cultural.

Não institucionalizar a avaliação, ao contrário, insistir em pontuá-la em cima de uma meta pactuada e priorizar o rito burocrático em função de incentivos financeiros, ao invés de discutir os motivos do não-cumprimento das metas e maneiras de desfazer os nós críticos que impedem a integralidade e a maior resolutividade da atenção básica, não trará avanços nos modelos de gestão e atenção.

O Programa Saúde da Família surgiu com o propósito de reorganizar a atenção básica à saúde, integrando ações individuais e coletivas, curativas, preventivas e de promoção em saúde, propiciando o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde de uma determinada população adscrita, porém suas ações são vistas de forma desarticulada de alguns trabalhadores que não estão envolvidos no PSF. É nítida a segregação dos profissionais que

assumem o PSF daqueles que atendem os indivíduos nas unidades de saúde. Alguns profissionais solicitaram essa integração, sendo necessária uma estratégia de orientação, interação, esclarecimento e aceitação dos profissionais de saúde como um todo, a fim de concretizar as mudanças almejadas.

Além disso, os médicos contratados para o PSF devem ser sensibilizados acerca do objetivo principal de Saúde da Família. Em contrapartida os gestores devem rever o que impede ou dificulta a participação ativa desses profissionais nas práticas de prevenção e reavaliar a forma de contratação, verificando se o profissional tem perfil de atuar junto à população, com bases nas diretrizes do PSF e atender demanda que procura pelo serviço na UBS, ou não.

Os enfermeiros demonstraram a sobrecarga de trabalho a qual dificulta integrar ações de saúde consideradas fundamentais às ações rotineiramente desenvolvidas, especialmente quando o profissional é responsável pela coordenação de uma equipe do PSF e coordenação da unidade de saúde. Deve-se dispensar atenção sobre esse aspecto, pois a participação desses profissionais nas atividades assistenciais reflete no perfil epidemiológico do município.

Foi percebida uma confusão na definição do câncer ginecológico, não existe consenso entre profissionais, pesquisadores, autores, instituições. Alguns o definem como câncer de colo uterino, outros como qualquer câncer que acometa o aparelho reprodutor feminino, ou ainda aqueles de tratam separadamente cada um deles. Essa confusão dificulta a apropriação da prevenção do câncer de mama dos profissionais como prática cotidiana de trabalho, e sua associação às práticas de prevenção do câncer de colo de útero.

Por um lado é possível afirmar que assim como o sujeito entrevistado, neste estudo destacou-se pouco nos instrumentos o câncer de mama confirmando a tendência de se referir ao câncer ginecológico como apenas câncer de colo. Por outro lado, os instrumentos construídos para a coleta dos dados são simples e direcionados, o que permite sua utilização

nas avaliações de outros programas de saúde, se aperfeiçoados com a inclusão de questionamentos sobre a detecção precoce do câncer de mama.

Esse estudo foi importante e rico, pois instigou repensar a prática como enfermeira, na mudança dos índices de mortalidade por cânceres de colo uterino e mama no município e também nas atitudes como mulher.

O contato com as usuárias no seu domicílio, proporcionou um outro olhar sobre essas mulheres, que são filhas, mães, esposas, donas-de-casa, e que precisam cuidar da sua saúde. Elas mostraram necessidade de informação, vontade de se conhecerem, de cuidar do seu próprio corpo, de exteriorizar suas dúvidas de muito tempo guardadas. Foi uma aproximação, onde se conquistou uma relação estreita, tendo na pesquisadora, uma profissional, uma mulher com quem pudessem confidenciar segredos muito íntimos, pessoais, dificilmente relatados sem que a relação de confiança estivesse estabelecida.

As experiências vivenciadas possibilitaram compreender o não de uma mulher que mesmo após vários contatos recusou-se a participar dizendo “eu sei o que você tá me falando... mas eu não quero responder por que eu tirei meu útero... então eu acho que não vou ajudar...”.

Durante as entrevistas com as usuárias, suas dúvidas foram esclarecidas, porém não se utilizou de materiais informativos, visuais ou educativos, os quais certamente enriqueceriam infinitamente as ações educativas realizadas individualmente.

Outro fato para reflexão é entender que mesmo diante de tantos obstáculos impedindo o desenvolvimento esperado do Programa, as usuárias mostraram-se satisfeitas com o atendimento recebido na unidade. Isso mostra que não é possível avaliar o serviço apenas sob a ótica da usuária.

Dificuldades encontradas, tais como: o tempo dispendido para os encontros com os 72 sujeitos, o caminhar nas áreas de risco, de violência, as condições climáticas desfavoráveis,

foram superadas quando se agradece uma mulher por sua participação e ela responde “eu é que agradeço por você ter me perguntado”. E também por encontrar nos gestores, profissionais e usuários, pessoas pouco ou nada conhecidas, apoio para a realização do trabalho, além da torcida para que tivesse um bom resultado. Foi muito gratificante!

O estudo reafirmou a crença de que estudos de avaliação são por natureza intervencionista, já nas entrevistas foi possível observar sensibilização dos atores envolvidos sobre o tema proposto, a continuidade dar-se-á pelo propósito em disseminar os resultados na Autarquia Municipal de Saúde, por meio de eventos, visitas às unidades, reuniões de coordenação entre outros. E pensando que a mulher entrevistada deva ter conhecimento da sua contribuição nesse estudo pensa-se na divulgação em meios de comunicação como rádio e jornal, reuniões do conselho de saúde, encontros em associações de moradores.

Espera-se que os resultados da avaliação do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama de Londrina, oportunizem reflexões aos gestores e profissionais, com vistas a esclarecer as diretrizes do Programa, de modo que eles aproximem-se de questões como periodicidade do exame citopatológico, conheçam as mulheres que realmente devem ser abordadas, saibam o significado de cobertura de exames citopatológicos. Além de criar políticas de capacitação para essa atividade, definir fluxogramas e protocolos de atendimento para que as responsabilidades dos gestores não fiquem na iniciativa dos trabalhadores, ampliar a prevenção do câncer e melhorar de forma efetiva os índices de morbi-mortalidade por câncer ginecológico entre as mulheres.

Espera-se também mobilizar os sujeitos para a construção do conhecimento, motivar os profissionais a realizarem a avaliação de serviços e outros programas de saúde no município, em especial os enfermeiros, que embora realizem pesquisas, não divulgam.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. T. S. S. B.; SILVA, A. A. M. S.; LAMY, Z. C.; COIMBRA, L. C. In: ALVES, M. T. S. S. B (Org.). **Avaliação de qualidade de maternidades**: assistência ao parto e ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luiz: UFMA; Unicef, 2000. p. 17.

ASSIS, M.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção de saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 557-581, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2000. p. 7-33.

_____. Ministério da Saúde. **Controle do câncer do colo do útero**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico dos profissionais da saúde**: prevenção do câncer do colo do útero. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico**: organizando a assistência. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Informe da atenção básica**: pacto de indicadores da atenção básica. Brasília, DF, ano 4, p. 1-2, nov./ dez. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2. 394 de 19 de dezembro de 2003**: aprova a relação de indicadores da atenção básica a serem pactuados entre Municípios, Estados e Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Datasus – Pacto da atenção básica, 2005 – Paraná. **Cobertura do PSF segundo município**. [S.l.: s.n.], 2005. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/pacto 2005/pacpr.def>> Acesso em: 23 out. 2005.

CONTANDRIOPOULLOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. **A avaliação na área da saúde**: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de Programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-118.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v. 1, p. 163.

_____. A. La calidad de la atención médica. **Enfoques básicos para la evaluación: estructura, proceso y resultado**. México, DF: La Prensa Mexicana, 1984. cap. 3, p. 95-157.

FERREIRA, A. S. Competências Gerenciais para Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 71, 2004.

FLISSER, A.; GARCIA-MALO, F.; CANEPA, M. A. et al. Implementations and evaluations of a national external quality control program for cervical cytology in México. **Rev. Salud Pública de México**, México, DF, v. 44, n. 5, p. 431-436, set./ out. 2002.

GAMARRA, C. J.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 270-276, 2005

GIL, C. R. R.; SILVA, A. M. R.; CAMPOS, J. J. B de; BADUY, R. S. **Avaliação em saúde**. In: ANDRADE, S. M. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**, Londrina: EDUEL, 2001. p. 125

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-118.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Útero e de Mama: viva mulher**. [S. l.: s. n.],2005. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/impressao.asp?op=cv&id=140>>. Acesso em: 1 out. 2005.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia do Serviço Municipal de Saúde. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 5, 1997. Londrina. **Londrina cidade saudável...** Londrina, 1997.

_____. Prefeitura do Município. Autarquia do Serviço Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde**. Londrina, 1998.

_____. Prefeitura do Município. Autarquia do Serviço Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2003**. Londrina, 2003.

_____. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Planilha de indicadores/dados básicos para avaliação do nível de saúde entre as unidades básicas. região leste: ano 2004**. Londrina, 2004.

_____. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Planilha de pactuação municipal do pacto de indicadores da atenção básica 2004/2005**. Londrina, 2005.

MAEDA, M.Y. S; LORETO, C. di; BARRETO, E. et al. Estudo preliminar do Siscolo: qualidade na rede de saúde pública de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Patologia Médico Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 425-429, dez. 2004.

MARTINEZ, A. M. S.; RIOS, E. V.; ELIZONDO, M. E. G. Calidad del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino en el estado de Nuevo Leon. **Rev. Salud Pública de México**, México, DF, v. 39, n. 3, p. 187-194, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. rev. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JÚNIOR, L.; COSTA, N. R. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 29-38, jan./ fev. 2005.

PARANÁ. Secretaria do Estado do Paraná. **Manual do Programa de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico**. Curitiba: SESA, 2002. p. 7-17.

_____. Secretaria do Estado do Paraná. **Boletim Epidemiológico**, Curitiba, ano 7, n. 20, p. 02, jan./set. 2004.

_____. Secretaria do Estado do Paraná. **Portal do Câncer**: dados estatísticos de câncer no Paraná, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/cancer/index.html>>. Acesso em: 1 out. 2005.

PINHO, M. C. V.; SCOCHI, M. J. **A participação e o preparo do enfermeiro na prevenção do câncer ginecológico em Londrina – PR**, Maringá. (No prelo).

PINHO, A. A; FRANÇA JÚNIOR, I.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolau no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, p. 303-313, 2003. Suplemento 2.

SCOCHI, M. J. Evolução da mortalidade por causas evitáveis e expansão dos recursos municipais de saúde em Maringá, Paraná. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 129-136, abril. 1999.

_____. M. J. Avaliando o cuidado ao hipertenso em serviços de saúde. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 23, no. 3, p. 739-744, 2001.

_____. M. J. Uma proposta para avaliação da qualidade do atendimento pré-natal. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 803-809, 2002.

SILVA, Lígia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-89, jan./mar. 1994.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa ação**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ANEXOS

APÊNDICES

APÊNDICES A

Roteiros de Entrevista

- Gestor estadual (representante estadual do Programa lotado na 17ª regional de saúde)
- Gestor municipal (representante municipal do Programa que atua na Diretoria de Ações em Saúde)
- Gestor local (coordenador das Unidades Básicas de Saúde)
- Trabalhadores de saúde (enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde)
- Usuária do serviço

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR ESTADUAL

Dados Pessoais:

Nome:

Data de Nascimento:

Formação:

Instituição:

1. Fale um pouco sobre o que são e quais são as diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.
2. Comente sobre a disposição e regularidade no abastecimento do material necessário para a realização do exame de citologia oncológica.
3. Como são os mecanismos de controle sobre a qualidade laboratorial, bem como o registro e informações sobre o câncer ginecológico.
4. Gostaria de saber sobre a pactuação da cobertura de exames citopatológicos. (Quem pactua? Como? Por que existe a pactuação?). Como você avalia a última pactuação?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR MUNICIPAL

Dados Pessoais:

Nome:

Data de Nascimento:

Formação:

Instituição:

1. Fale um pouco sobre o que são e quais são as diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.
2. Comente sobre a disposição e regularidade no abastecimento do material necessário para a realização do exame de citologia oncológica.
3. Como são os mecanismos de controle sobre a qualidade laboratorial, bem como o registro e informações sobre o câncer ginecológico.
4. Gostaria de saber sobre a pactuação da cobertura de exames citopatológicos. (Quem pactua? Como? Por que existe a pactuação?). Como você avalia a última pactuação?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR LOCAL

Dados Pessoais:

Nome:

Data de Nascimento:

Formação:

Instituição:

1. Fale um pouco sobre o que são e quais são as diretrizes do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama.
2. Comente sobre a disposição e regularidade no abastecimento do material necessário para a realização do exame de citologia oncótica.
3. Como são os mecanismos de controle sobre a qualidade laboratorial, bem como o registro e informações sobre o câncer ginecológico.
4. Gostaria de saber sobre a pactuação da cobertura de exames citopatológicos. (Quem pactua? Como? Por que existe a pactuação?). Como você avalia a última pactuação?
5. Comente sobre treinamentos e/ou reorientação para os profissionais que atuam no município.
6. Existe protocolo de atendimento às mulheres pelo Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama na Unidade de saúde. Fale sobre ele, se não existe como são informados os trabalhadores?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA A EQUIPE DE ATENDIMENTO DO
PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA
EM LONDRINA (Enfermeiros, Médicos, Auxiliares de Enfermagem e Agente
Comunitário de Saúde)**

Dados pessoais:

Nome: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: _____ UBS: _____

Escolaridade:

nenhuma 1ª a 4ª série 5ª a 8ª série 2º grau completo
 2º grau incompleto 3º grau incompleto 3º grau completo outro: _____

Profissão

Enfermeiro Médico Auxiliar de Enfermagem ACS

ENTREVISTA:

1. Você considera que o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina é:

totalmente divulgado parcialmente divulgado não divulgado não sabe

2. Existe rotina de atendimento às mulheres, no Programa?

sim não não sabe

Se sim, o que você sabe sobre ela? _____

3. São realizadas ações educativas às mulheres residentes na área de abrangência da Unidade de saúde, com a finalidade de prevenir o câncer ginecológico?

sim não não sabe

Se sim, quais as ações realizadas? _____

Como acontece? _____

4. Existe o agendamento para exame de citologia oncológica na unidade em que você atua?

sim não não sabe

Se sim, como é feito? _____

5. Na área de abrangência dessa Unidade de saúde, quantas são as mulheres de faixa etária de 25 a 59 anos, consideradas de risco, pelo Ministério da Saúde?

não sabe n°. _____

6. Qual é a média de exames realizados mensalmente na unidade em que você atua?
 00 - 25 26 - 50 51 - 75 76 ou mais

7. A estrutura física para a coleta do exame preventivo é:
 totalmente adequada parcialmente adequada não-adequada

8. Os materiais disponíveis, como, por exemplo, kits para coleta, requisição, material informativo são:
 totalmente adequados parcialmente adequados não-adequados

9. Quantos profissionais realizam a coleta de exame preventivo nesta unidade de saúde:
 00 – 02 03 – 05 06 – 08 não sabe

10. Você considera que o profissional que realiza o exame de citologia oncótica está:
 totalmente capacitado parcialmente capacitado não-capacitado não sabe

Quando ocorreu a última capacitação?

menos de 02 anos de 03 – 04 anos mais de 05 anos não sabe

11. Existe alguma forma de registro das clientes que se submetem ao exame de citologia oncótica na unidade?

sim não não sabe

12. Há um sistema de referência e contra-referência em todos os níveis?

sim não não sabe

13. Como é a disposição e regularidade no abastecimento do material necessário para a realização do exame de citologia oncótica?_____

14. Como você avalia o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina?

15. Perguntar se o profissional tem alguma dúvida que possa ser esclarecida _____

**FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS COM USUÁRIAS DO PROGRAMA DE
CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA EM LONDRINA**

Dados pessoais:

Nome: _____
Endereço: _____
Data de Nascimento: _____ UBS: _____

Estado Civil:

Solteira Casada Viúva
 Separada Outro: _____

Escolaridade:

nenhuma 1ª a 4ª série 5ª a 8ª série 2º grau completo
 2º grau incompleto 3º grau incompleto 3º grau completo outro: _____

Data da última coleta de C.O. — / — / —

Quem realizou:

enfermeiro médico auxiliar de enfermagem outro: _____

Entrevista:

1. O que levou você a fazer o exame preventivo de câncer ginecológico?

- recebeu orientação na UBS
 ficou sabendo por um familiar
 ouviu na mídia
 foi orientada por ACS ou por alguém do PSF
 outros : _____

2. Desde que idade você faz o exame preventivo? _____

3. De quanto em quanto tempo o realiza? _____

4. Você utiliza o Serviço Municipal de Saúde?

sempre as vezes não utiliza

Por quê? _____

5. Quanto tempo demorou a ser agendado o exame?

- menos de 1 mês de 1 a 4 meses
 de 5 a 7 meses mais de 7 meses

6. Você considera que o atendimento da UBS para o exame atendeu suas expectativas?

- totalmente parcialmente não atendeu

Por quê? _____

7. Durante a consulta, você recebeu orientações sobre:

- prevenção do câncer de colo de útero prevenção do câncer de mama
 periodicidade do exame não lembra não recebeu nenhuma orientação

9. Na ocasião da consulta você recebeu orientações para retornar?

- sim não não sabe

Se sim, retornar em quanto tempo? _____

10. Você retornou para saber o resultado?

- sim não não sabe

Se sim, você sabe o resultado? _____

Quais as orientações recebidas nessa ocasião? _____

11. [Caso a mulher não tenha ido até a UBS] perguntar se recebeu uma visita ou teve outro contato com algum profissional da área _____

12. Perguntar se a mulher tem alguma dúvida que possa ser esclarecida _____

APÊNDICE B – Autorização da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina – PR**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ**

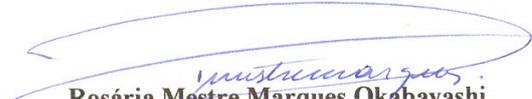
Ofício nº 01/04-SERVIÇO DE ESTÁGIO/GCP/DGP/AMS/PML

Londrina, 14 de dezembro de 2004.

Prezada Senhora:

A pesquisa "A AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CANCER GINECOLÓGICO EM LONDRINA", da aluna Maria Carla Vieira Pinho, do curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, está autorizada a ser realizada nesta Instituição mediante a autorização prévia do Comitê de Bioética, e na pessoa da orientadora Profª Drª Maria José Scochi, deverá se fazer cumprir, conforme projeto de pesquisa apresentado às considerações da resolução 196/96.

Atenciosamente

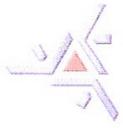

Rosária Mestre Marques Okabayashi
Ger. de Cap. de Pessoas/Serv. de Estágio
DGP/AMS/PML

APÊNDICES C

Quadros Temáticos

- Quadro Temático 1 - Entrevista com Gestores Estadual e Municipal
- Quadro Temático 2 – Entrevista com Coordenadoras das Unidades de Saúde
- Quadro Temático 3 – Entrevista com Profissionais
- Quadro Temático 4 – Entrevista com Usuárias das UBSs de Maior Cobertura
- Quadro Temático 5 – Entrevista com Usuárias das UBSs de Menor Cobertura

APÊNDICE D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998



REGISTRO N° 198/2004

PARECER N° 029/2005

Pesquisador(a) Responsável: Maria José Scochi	
Centro/Departamento: CCS/Departamento de Enfermagem	
Título do projeto: Avaliação do programa de prevenção do câncer ginecológico em Londrina-PR.	
<p>Considerações:</p> <p>Considerando o parecer 026/2005 deste comitê, e em vista do pleno atendimento das orientações nele contidas, somos de parecer favorável à aprovação do presente projeto, por considerarmos que o mesmo esteja em consonância ao que estabelece a Resolução 196/96-CNS. Sugerimos ainda ao grupo de pesquisa:</p> <p style="padding-left: 20px;">A divulgação dos resultados deste estudo, em virtude de sua significância e importância no contexto da atenção a saúde;</p> <p style="padding-left: 20px;">Apresentação de relatório final da pesquisa a este comitê, enquanto retorno acerca de sua realização e resultados obtidos.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (x) para registro () para análise e parecer Data: 25/02/2005	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 31/08/2005	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução n° 196/96 e complementares do CNS/MS, na 95ª reunião do COPEP em 25/02/2005.</p>	 Prof. Dr. Valter Augusto Della Rosa Presidente do COPEP

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro de seu protocolo.
 Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR
 Fone-Fax: (44) 261-4444 – e-mail: copep@uem.br

APÊNDICE E – Carta de Esclarecimento aos Entrevistados

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ - UEM
SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM

PREZADO (A) _____

Sou Maria Carla Vieira Pinho, Enfermeira, venho convidá-lo (a) para participar da pesquisa de mestrado intitulada A AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA EM LONDRINA, sob orientação da Enfermeira Maria José Scochi.

O objetivo dessa pesquisa é avaliar o Programa acima citado, e assim inferir possíveis estratégias de aprimoramento e contribuir para as reflexões e decisões referentes esse Programa.

Para desenvolvimento desse estudo necessito que responda os questionamentos da entrevista de forma sincera e de acordo com sua vivência e realidade. Salientamos que todas as informações são de caráter sigiloso e serão divulgados apenas resultados globais da pesquisa, após tratamento sob a abordagem qualitativa de pesquisa.

A SUA CONTRIBUIÇÃO É EXTREMAMENTE IMPORTANTE PARA ESTE ESTUDO.

Conto com sua participação e **AGRADEÇO A SUA COLABORAÇÃO.**

Enf^ª. Maria Carla Vieira Pinho
Fone: (43) 3325-1086/ (43) 9995-3089
e-mail: mariacarlap@uol.com.br

APÊNDICE F – Termo de Consentimento

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ - UEM
SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Assine duas vias, 1ª via do participante e 2ª via do pesquisador.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Título do Projeto: Avaliação do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina – PR

Prezada senhora, sou Maria Carla aluna do mestrado em Maringá sob orientação da professora Maria José Scochi, e escolhi como tema para o meu trabalho a avaliação do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina, porque este existe há alguns anos e não se conhece como vem sendo desenvolvido.

A sua opinião como usuária do Programa é importante para avaliar como este é executado de fato. A sua colaboração não é obrigatória, não haverá nenhuma penalidade se recusar e se aceitar participar, respondendo ao questionário, será garantido anonimato.

As questões são em relação a sua idade, a realização e regularidade do exame preventivo, os procedimentos realizados na última coleta de material e sua satisfação com o atendimento recebido. Com a avaliação espero colaborar com a melhoria da oferta dos serviços de saúde no município.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Enfermeira Maria Carla Vieira Pinho, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, em participar do mesmo.

Assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

Data: ____/____/____

Eu, Enf^a Maria Carla Vieira Pinho, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao paciente.

Equipe:

1. Maria Carla Vieira Pinho
Rua Rosa Branca, 246 Telefone: (43) 3325-1086/ (43) 9995-3089
2. Maria José Scochi
Avenida Colombo, 5790 Telefone: (44) 261-4494

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Bloco 035 – Campus Central – Telefone: (44) 261-4444.