

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**SATISFAÇÃO DAS MULHERES EM RELAÇÃO À COLETA DO
PAPANICOLAOU NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARIA PAULA SOARES POZATI

**BOTUCATU - SP
2013**

MARIA PAULA SOARES POZATI

**SATISFAÇÃO DAS MULHERES EM RELAÇÃO À COLETA DO
PAPANICOLAOU NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional - Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista – “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre.

Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes da Silva Marques
Ferreira (Orientadora)

Prof. Dr Jairo Aparecido Ayres (Coorientador)

**BOTUCATU
2013**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Maria Paula Soares Pozati

Título: Satisfação das mulheres em relação à coleta do papanicolaou na Estratégia de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional - Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista – “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP – Departamento de Enfermagem

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Maria José Sanches

Instituição:

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Silvia Franco da Rocha Tonhom

Instituição: Faculdade de Medicina de Marília

Assinatura: _____

Dedico ...

Aos meus pais, José Soares da Silva e Josefa Maria Soares, que ensinaram o caminho da humildade, simplicidade e amor. Fizaram-me entender que o saber é nosso, e que depende de nós adquiri-lo. Mostraram que com persistência e determinação é possível vencer.

Ao Paulo Roberto Pozati (in memoriam), meu grande e infinito amor, que me impulsionou na busca dessa conquista. Foi meu alicerce, minha luz, meu guia, direcionando a minha vida com a certeza de que o amor é a verdadeira felicidade. Mesmo ausente continua me ensinando que tudo tem sua razão de ser, nada acontece sem a permissão de Deus.

Aos meus, irmãos que mesmo distantes, acreditam que eu sou capaz de fazer meus dias melhores, transformar o choro em riso e a vida em um espetáculo.

Aos meus sobrinhos Fabiana, Guilherme, Raphael e Beatriz: meu amor por vocês é do tamanho do céu.

À minha orientadora e amiga, Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira, pela amizade que construímos durante todos esses anos. Pela paciência, compreensão, disponibilidade e acolhimento nos vários momentos que passei, demonstrando para mim que o sol brilha mesmo na escuridão. Obrigada por compartilhar comigo sua sabedoria, seu olhar crítico-construtivo e conhecimento.

Ao meu coorientador Jairo Aparecido Ayres, por me impulsionar na busca desse sonho, ouvindo e acalentando minha dor, amenizando a minha alma. Esteve comigo nos momentos de dúvidas, mas mostrou-me que o sonho seria realizado por que eu seria capaz. Obrigada por compartilhar comigo sua sabedoria e conhecimento.

Minha eterna gratidão.

A Deus, ser perfeito. Força que rege o meu ser.

À minha sobrinha, Fabiana Soares da Silva Ribeiro. Pelo esmero em corrigir cada detalhe da dissertação, com seu olhar cuidadoso, criterioso e perfeito.

A minha irmã Josilene, uma das maiores alegrias da minha vida. Amiga de todas as horas, divide o amor de seus filhos e todos os momentos de sua vida. Sem você minha vida seria apenas metade, não teria sentido.

Ao meu irmão, Paulo Cesar Soares, por ter dividido comigo momentos alegres e tristes. Estando sempre pronto pra me oferecer seu abraço, seu carinho incondicional.

À Ivana Savietto, minha sobrinha, pelo seu carinho e esmero em elaborar o abstract.

A minha amiga Eliane Peçanha Santos Mendonça, um presente de Deus. Sempre presente na minha vida, mesmo que ausente fisicamente. Exemplo de garra, perseverança e fé. Ensinou-me que por mais que a terra seja dura de arar, o fruto é bom.

À Katya Patrícia Manzur Florindo, amiga e irmã, presente dado por Deus, que com tanto esmero realizou a tradução para o Espanhol.

A minha amiga, que por um determinado tempo ausentou-se de sua família para estar comigo nos momentos de angústia, dor, solidão e tristeza. Mostrando-me que o amanhã poderá ser melhor: Mara Weller.

A minha amiga Maria Heloisa Maricato Rossi, que com sua simplicidade, equilíbrio e sabedoria, mostrou-se presente, acolhendo-me nos momentos em que eu pensava que estar só.

A toda equipe da Estratégia de Saúde da Família de Presidente Venceslau, em especial aos agentes comunitários de saúde, por direcionarem o caminho a seguir na busca da coleta de dados. Sem a sabedoria e conhecimento de vocês a busca seria mais difícil.

Em especial à equipe de Estratégia de Saúde da Família Vila Bonfim, no qual convivemos durante 10 anos, dividindo alegrias, conhecimentos, ideias e planos. Vocês acreditaram que o meu sonho seria realizado.

Aos professores do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, pelos ensinamentos proporcionados durante a pós-graduação.

A professora Maria José Sanches e Sílvia Franco da Rocha Tonhom, pela valiosa colaboração, dividindo conhecimentos e por acreditarem no meu potencial, fazendo parte da minha banca de defesa.

A minha eterna Mestre Maria Margareth Santiago Rego, pelo seu infinito saber e amor ao próximo. Seu pensamento: “penses e viverás conforme a onda emitida, o pensamento se materializa” fará parte dos meus dias.

À Manuela Botari, pela disponibilidade apresentada nos momentos iniciais do curso.

Aos alunos e colegas da Etec Dr Domingos Minicucci Filho – Botucatu e Faculdade Marechal Rondon, por serem meus motivadores nos momentos de incerteza e dúvidas.

Aos colegas do mestrado por compartilharem saberes e momentos de alegrias nas horas em que passamos juntos.

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para esta conquista, ensinando-me que a busca pelo saber é infinita, que o sol sempre irá brilhar mesmo em dias com chuva.

POEMA DO AMOR

(Paulo Roberto Pozati)

*As gotas de orvalho deslizando pela flor
São tão suaves quanto o verdadeiro amor.
Uma flor de maracujá quando começa desabrochar
É tão linda que mais parece uma fonte a murmurar.*

*O sol do meio dia em pleno verão não é tão quente
Quanto o verdadeiro amor no momento mais ardente.
A lua cheia não brilha tão intensamente no céu anil
Quanto o mais puro amor de um sorriso infantil.*

*O diamante não é tão duro e nem tão duradouro
Nem vale tanto quanto o nosso maior tesouro,
O amor de mãe que é a nossa maior herança*

*Enche nossos corações de felicidade e esperança.
Esperança de conseguir pelo amor a felicidade
Recompensa merecida para quem ama de verdade.*

Pozati, MPS. Satisfação da mulher em relação à coleta do papanicolaou nas Estratégias de Saúde da Família [Dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista – “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP/Botucatu; 2013.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a satisfação da mulher em relação à coleta do papanicolaou nas Estratégias de Saúde da Família do município de Presidente Venceslau. Foi utilizada abordagem quanti-qualitativa, como referencial teórico a ESF e metodológico Donabedian e Bardin. Participaram duzentas e oitenta e uma mulheres na modalidade quantitativa e destas, dezoito foram sujeitos da modalidade qualitativa, sendo todas cadastradas nas ESF do município. Para obter as descrições referentes à percepção avaliativa da mulher, utilizou-se as questões abertas do questionário, sendo analisadas pela técnica de Bardin. Para colher os dados quantitativos foi utilizado questionário estruturado e adaptado pela pesquisadora, seguindo os eixos de Donabedian e analisados pelo SAS. Os resultados mostram que as mulheres estão satisfeitas em determinados eixos no que se refere à coleta do papanicolaou, contudo, foi evidenciado um trabalho em equipe isolado tanto para obter sucessos como para enfrentar desafios de forma solitária. No que se refere ao eixo estrutura, houve predomínio do conceito bom. Quanto à necessidade de horário diferenciado as mulheres consideraram oportunidade para aquelas que trabalham e conceituaram bom o tempo de agendamento para o exame. No eixo processo, a capacidade de comunicação entre os membros da equipe e atendimento oferecido pelos diversos profissionais, as mulheres avaliaram como boa. Quanto ao resultado do papanicolaou as mulheres referiram que não são convocadas e quando a convocação ocorre, o profissional que realiza é o agente comunitário de saúde. O eixo resolubilidade evidencia que ainda há problemas não resolvidos. As categorias pré-definidas para os dados qualitativos foram; importância do exame de papanicolaou, resolubilidade do problema apresentado, necessidade de horário diferenciado e motivos para não realização do exame. Conclui-se que há necessidade de promover o trabalho em equipe, acolhimento e escuta qualificada, realização de avaliações somáticas de forma contínua e elaboração de estratégias de prevenção e combate ao CCU por meio de uma gestão participativa.

Palavras-Chave: Satisfação, estratégia de saúde da família, papanicolaou

Pozati, MPS. Women' satisfaction regarding to Pap smear test collection in the health centers *Estratégias de Saúde da Família* [Dissertation]. Botucatu: Botucatu Faculty of Medicine – Universidade Estadual Paulista – “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP/Botucatu; 2013.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the women' satisfaction on Pap smear test collection done by Estratégias de Saúde da Família (health centers) in the city of Presidente Venceslau. A quantitative and qualitative approach was used, with the ESF (*Estratégias de Saúde da Família*) theoretical background and Donabedian and Bardin methodological background. Two hundred and eighty-one women participated on the quantitative approach and eighteen of them participated on the qualitative one. All of them were registered in the city's ESF. A questionnaire with open questions was used to obtain the women' evaluative perception. These questions were analyzed with the Bardin technique. A questionnaire, organized and adapted by the researcher was used, according to the Donabedian Model and analyzed by SAS (Health Administration Center), in order to obtain the quantitative data. The results show that women are satisfied with certain quality-of-care dimensions of the Pap smear test collection; however, an isolated teamwork was evinced as to obtain success as to deal with the challenges in a solitary way. Regarding to the quality-of-care dimension *structure*, there was a dominance of the concept good. What concerns to time schedule, the women evaluated as *good* the time for scheduling the test, considering the need of special schedule for those who work. Regarding to the quality-of-care dimension *process*, the women evaluated as *good* the communication between the staff members and the attendance offered by the professionals. Women said they are not called to do the Pap smear test, and whenever they are, it is the health center agent who contacts them. The quality-of-care dimension *outcome* indicates that there are still unsolved problems. The predefined categories to obtain the qualitative data were: Pap smear test importance, resolution of the presented problem, time schedule and reasons for not doing the test. We can conclude that there is the need to promote the teamwork and the qualified attendance, to do somatic evaluations in a continuous way and develop strategies to prevent and also fight against the uterine cervix cancer by means of a participative management.

Keywords: Satisfaction, health center, pap smear test

Pozati,MPS. Satisfacción de la mujer con relación a la colecta de Papanicolau en las estrategias de salud de la familia.Botucatu: Facultad de Medicina de Botucatu - Universidad Estatal Paulista - Julio de Mesquita Filho - Unesp Boucatu-2013.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la satisfacción de la mujer con relación a la colecta de Papanicolau en la Estrategias de Salud de la familia del municipio de Presidente Venceslau. Fue utilizado un planteo cuantitativo, como referencia teórica a ESP. y metodológico Donabedian y Bardin. Participaron doscientas ochenta y un mujeres en la modalidad cuantitativa y de este grupo, dieciocho en la modalidad cualitativa, todas ellas cadastradas en el ESF del municipio. Para obtener las descripciones referentes a la percepción evaluativa de la mujer se utilizaron preguntas abiertas de un cuestionario y fueron analizadas por la técnica de Bardin. Para obtener los datos cuantitativos se utilizó un cuestionario estructurado y adaptado por la pesquisadora la cual siguió la línea de Donabedian y analizó por el SAS. Los resultados muestran que las mujeres están satisfechas en determinados puntos en lo que se refiere a la colecta de Papanicolau, no obstante fue observado un trabajo en equipo aislado tanto para obtener sucesos como para enfrentar desafíos de forma solitaria. En lo que se refiere al punto de la estructura, hay predominio de buen concepto. En cuanto a la necesidad de horarios diferenciados, las mujeres consideran oportuno para las que trabajan y conceptúan correcto el tiempo para las citas del exámen. En el punto proceso, la capacidad de comunicación entre los miembros del equipo y el atendimento ofrecido por los diversos profesionales, las mujeres lo evaluaron como bueno. En cuanto al resultado del Papanicolau ellas alegan que no son convocadas y cuando esto ocurre, el profesional que hace la llamada, es el agente comunitario de la salud. En el punto resolubilidad es evidente que todavía hay problemas no resueltos. Las categorías predefinidas para los datos cualitativos fueron; importancia del exámen de Papanicolau, resolubilidad del problema presentado, necesidad de horario diferenciado y motivos para la no realización del exámen. Se concluye que hay necesidad de promover el trabajo en equipo, acogida y atención calificada, realización de evaluaciones somáticas de forma continuada y elaboración de estrategias de prevención y combate al CCU a través de una gestión participativa.

Palabras clave: Satisfacción, estrategia de salud de la familia, papanicolau.

SUMÁRIO

RESUMO	09
ABSTRACT	10
RESUMEN	11
1 APRESENTAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	16
2 INTRODUÇÃO	17
2.1 Câncer de Colo de Útero.....	17
2.2 Exame Citopatológico.....	17
2.3 Avaliação e satisfação com o serviço de saúde: Perspectiva do usuário	22
3 OBJETIVOS	25
4 MÉTODO	26
4.1 Tipo de Estudo	26
4.2 Local do Estudo	26
4.3 Participantes do Estudo.....	27
4.4 Análise dos dados	27
4.5 Procedimentos éticos e coleta de dados.....	28
4.6 Referencial Metodológico	28
4.6.1 Donabedian	28
4.6.2 Bardin	29
4.7 Referenciais Teóricos	30
4.7.1 Estratégia de Saúde da Família	30
4.7.2 Diagrama	34
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	35
6 DISCUSSÃO	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE	70
APÊNDICE A - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido	70
APÊNDICE B - Instrumento para Coleta de Dados.....	71
APÊNDICE C – Orçamento da pesquisa	77
ANEXO	78

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização segundo a faixa etária das mulheres entrevistadas	35
--	----

LISTAS DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Aparência física da ESF	36
GRÁFICO 2 - Horário de atendimento da ESF para coleta de papanicolaou	37
GRÁFICO 3 - Tempo de agendamento para coleta de papanicolaou	37
GRÁFICO 4 - Capacidade de comunicação com os membros da equipe	38
GRÁFICO 5 - Convocação pela ESF para resultado do exame	39
GRÁFICO 6 - Percepção da resolubilidade	39

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CP	Colpocitopatológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
FDA	Food and Drug Administration
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional por Amstras em Domicilio
PNEP	Politica Nacional de Educação Permanente
PNH	Política Nacional de Humanização
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa Saúde da Família
SISCOLO	Sistema de Informação do câncer e mama
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
US	Unidade de Saúde
VD	Visita Domiciliar

1- APRESENTAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Em 1995 graduei em enfermagem com habilitação médico-cirúrgica e licenciatura, pela Universidade Gama Filho no Rio de Janeiro. Minha primeira experiência profissional foi em hospital clínico cirúrgico, com grande demanda de pacientes oncológicos, atuando até o ano de 2001. Após este período busquei conhecer outras áreas de atuação, momento que tive oportunidade de atuar na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2002.

Dentre as ações da ESF atuei de forma expressiva em atividades voltadas à saúde da mulher, e senti necessidade de melhor aprofundamento teórico científico, o que me levou a procurar cursos de aperfeiçoamento e especialização, visando à melhoria da qualidade da assistência.

Dentre as atividades na ESF, a coleta de papanicolaou permitiu perceber considerável número de mulheres que apresentam dúvidas sobre o procedimento e sua realização, como também a baixa procura, aliada à falta de recursos materiais que não permitem avaliação global do atendimento sob a perspectiva da mulher. Considerando que essas são dificuldades para alcançar as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), com impacto sobre a qualidade de vida da mulher.

Em 2006 realizei o Curso Teórico Prático para Profissionais de Saúde pela Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) e Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Venceslau, obtendo o título de Monitora em Coleta de Papanicolaou. O objetivo do curso foi capacitar profissionais para melhoria da qualidade, obter resultados e garantir eficácia no tratamento.

Mesmo com estratégias de treinamento e busca de conscientização dos profissionais quanto a necessidade de uma coleta qualificada, foi possível perceber que as metas estão aquém de atingir o estabelecido pelo MS.

Em continuidade ao aperfeiçoamento profissional ingressei no curso de Pós-graduação Mestrado Profissional que tem como critério para ingresso desenvolver pesquisa relacionada à atuação profissional. No que se refere às ações de prevenção na área da Saúde da Mulher, percebi que era o momento de desenvolver um estudo que oferecesse instrumento de reflexão dessa prática e consequentemente reverter na melhoria dos serviços prestados, buscando resposta para maior cobertura dessa prevenção na saúde da mulher.

2- INTRODUÇÃO

2.1. Câncer de colo uterino

O câncer de colo uterino (CCU) constitui em todo o mundo um sério problema de saúde pública, sendo os países em desenvolvimento os responsáveis por 80% dos casos e representado por taxas altas de incidência e morbimortalidade, podendo acometer especialmente mulheres de nível socioeconômico baixo e na faixa etária reprodutiva ⁽¹⁾.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o câncer é responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, e representa aproximadamente 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dentre os dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento.

No Brasil, estima-se que o câncer do colo do útero seja a terceira neoplasia maligna que acomete as mulheres, levando à morte, apenas superado pelos cânceres de pele não melanoma e da mama. Foram estimados cerca de dezoito mil novos casos para os anos de 2012 e 2013⁽²⁾. Sua frequência é variável conforme a região, sendo o Norte do país que ocupa o primeiro lugar, Centro-oeste e Nordeste – segundo; Sudeste – terceiro e no Sul a quarto⁽²⁾. Considerando-se somente a população feminina que está em segundo lugar e representa aproximadamente 15 % de todos os tipos de câncer ⁽²⁾.

O CCU, depois do câncer de mama, é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pela morte de 230 mil mulheres anualmente, a maioria nos países em desenvolvimento ⁽³⁾.

Apesar de todas as ações propostas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa Viva Mulher, as taxas de mortalidade causadas pelo câncer de colo de útero não têm diminuído ⁽⁴⁾:

Apesar da implantação do programa da mulher e da ampliação da cobertura do exame de Papanicolaou, não tem havido redução das taxas de incidência e de mortalidade do câncer de colo de útero no Brasil, tendo a taxa de mortalidade aumentada nas últimas décadas ⁽⁴⁾.

Diversos fatores podem interferir nas ações de prevenção do câncer de colo de útero, entre eles comportamentais, culturais, sociais e econômicos das mulheres brasileiras, assim como também a disposição dos serviços de saúde. O exame de papanicolaou é necessário, pois permite observar e entender a predisposição das mulheres em desenvolver alterações malignas que predispõem à neoplasia ⁽⁵⁾.

A incidência do CCU é mais prevalente nas mulheres de 20 a 29 anos de idade e o risco aumenta rapidamente, até atingir seu pico geralmente na faixa dos 45 a 49 anos idade ⁽⁶⁾.

O CCU pode ser dividido conforme sua origem, sendo que alguns se originam em células escamosas, enquanto os restantes são adenocarcinomas ou carcinomas adenoescamosos mistos ⁽⁷⁾. Os adenocarcinomas começam nas glândulas produtoras de muco e estão relacionados em sua maioria a infecções causadas pelo *human papilloma vírus* (HPV). Uma das patologias mais infecciosas do trato genital feminino, de transmissão sexual, no período reprodutivo, é o HPV. O mesmo apresenta-se como um vírus epiteliotrófico, capaz de manter-se em forma latente e é diagnosticado apenas por técnicas de biologia molecular. Este vírus apresenta manifestações subclínicas, que são detectadas através dos exames de colposcopia, citologia ou histologia ou ainda infecção clínica ⁽⁸⁾.

O HPV é um vírus não envelopado da família Papillomaviridae capaz de provocar lesões de pele ou mucosa. O mesmo apresenta-se com mais de 100 genótipos, com diferentes potenciais patogênicos e sítios de infecção, porém, nem todos irão causar câncer de colo do útero. ^(9,10).

Estima-se que em 70% dos casos de câncer de colo do útero seja secundária a transmissão dos tipos virais 16 e 18, enquanto os tipos 6 e 11 estariam associados a até 90% das lesões anogenitais ⁽¹¹⁾.

Em relação às medidas preventivas contra o câncer uterino, além do exame de papanicolaou, encontram-se disponíveis mecanismos imunológicos que previnem a infecção. Dentre estes, a vacina quadrivalente aprovada pelo Food and Drug Administration (FDA) indicada para mulheres entre 9 e 26 anos ⁽¹²⁾, recomendando que a vacinação ocorra entre os 11 e 12 anos, podendo ser ampliada entre 9 e 26 anos, idealmente antes da primeira relação sexual ⁽¹³⁾.

Outras vacinas com registro em 2006 é a tetravalente indicada para mulheres de 9 a 26 anos e previne contra HPV tipos 6, 11, 16 e 18, e para mulheres de 10 a 25 anos há disponível a bivalente ⁽⁹⁾.

Enquanto a vacina não é realidade no SUS, apenas disponível na rede privada, e possibilitando o acesso de uma minoria, possivelmente com a implantação na rede ocorrerá mudança na epidemiologia da infecção pelo HPV.

As vacinas são altamente eficazes para o vírus HPV, mesmo que não ofereçam proteção em todos os casos. Contudo, a infecção pode ser evitada através de medidas preventivas, como a melhoria do acesso ao exame de coleta de papanicolaou e uso consistente de preservativos nas relações sexuais nas mulheres vacinadas ⁽¹⁴⁾.

A Agência Internacional para Pesquisa sobre o Câncer, da Organização Mundial da Saúde (OMS), prevê 16 milhões de novos casos de câncer por ano, frente à incidência e à gravidade da doença, estimando que em 2020 a mortalidade por câncer cervical ultrapassará as doenças cardíacas e tornar-se-á “o assassino número um do mundo” ⁽¹⁵⁾. Contudo, de acordo com o MS, se o diagnosticado for precoce há possibilidade de 100% de cura ⁽¹⁶⁾, sendo possível evitar a previsão descrita.

Por ser o CCU neoplasia de evolução lenta, ações envolvendo mulheres na prevenção, diagnóstico apoiados aos avanços tecnológicos disponíveis, possibilitarão maiores chances de cura e, conseqüentemente, diminuição dos índices casos novos de câncer.

2.2 - Exame Citopatológico

O exame de papanicolaou foi idealizado pelo médico George Papanicolau, quando publicou o resultado de suas pesquisas à comunidade científica. Surgiu em meados de 1928, porém a real importância do seu trabalho foi publicada em 1943 no livro *Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear* ⁽¹⁷⁾.

O exame também é denominado como “citologia oncológica” ou “exame colpocitopatológico”, além de ser popularmente conhecido “preventivo” ou simplesmente por “papa” (exame preventivo do câncer ginecológico) ⁽¹⁷⁾. Este exame possibilita a prevenção do CCU, de acordo com os princípios determinados pelo MS.

Em 1996, o MS em parceria com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), implantou o Programa “Viva Mulher”, de âmbito nacional, envolvendo cinco capitais

brasileiras, e mulheres na faixa etária entre 35 e 49 anos, (MS, 2000). Por recomendação da OMS em 1998, o combate ao CCU foi intensificado e preconizou-se realização do teste a cada três anos em mulheres entre 25 e 60 anos de idade, após dois controles anuais negativos ⁽¹⁸⁾.

No entanto, verifica-se que a realização do exame ainda é bem menor do que se denomina como desejável, uma vez que apenas 15% da população feminina acima de 20 anos realizam o exame preventivo conforme preconizado pelo MS ⁽¹⁹⁾.

“Após dois exames consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasia do colo de útero, este adquire periodicidade trianual. Uma vez que o resultado negativo prevê que o risco cumulativo de desenvolver a referida patologia é bastante reduzido, mantendo tal redução nos cinco anos subsequentes” ^(20,21).

Essas estratégias do MS têm por finalidade o maior controle desse tipo de câncer, porém a procura para realização do exame preventivo ainda é baixa para alcançar a cobertura idealizada pela OMS, que é de 85% da população entre mulheres de 35 a 59 anos, porcentagem suficiente para causar impacto nos indicadores de morbimortalidade, que poderia ser observado após 4 anos de implementação das ações de prevenção e detecção precoce ⁽²²⁾.

A coleta do exame CP tem sido a forma mais efetiva do diagnóstico, porém há dificuldade por parte das mulheres na realização do exame. Ainda existem municípios que não atingem as metas definidas, aumentando as possibilidades de diagnóstico, configurando problema de saúde ⁽³⁾.

As campanhas de prevenção e/ou detecção precoce dessa patologia não têm sido bem sucedidas, sabendo-se que esse tipo de câncer continua a se constituir em séria ameaça para a população feminina brasileira. Diversos fatores podem ser pontuados para explicar esse fenômeno, como por exemplo: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, demanda reprimida, falta de informação sobre sexualidade, desconhecimento sobre o câncer ginecológico, além de um outro fator que contribui de forma significativa, o tabu ^(23, 24).

O Brasil é um dos pioneiros na introdução do exame de Papanicolaou, mas ainda apresenta um reduzido número de mulheres que o realizam, visto que sua cobertura não ultrapassa 8% com idade superior a 20 anos. Este fato infringe as

recomendações da OMS, que estabelece uma cobertura de 85% da população feminina de risco, obtendo-se dessa forma, um impacto epidemiológico com redução das taxas de mortalidade em até 90%. O que se tem observado no país é que a maioria das mulheres submetidas ao exame preventivo tem menos de 35 anos, sugerindo-se que o acesso das mesmas às medidas de prevenção está relacionado ao comparecimento aos serviços de saúde pela necessidade de cuidados no controle da natalidade ⁽²⁵⁾.

O papanicolaou, conhecido internacionalmente, é considerado como instrumento adequado, de baixo custo para o rastreamento do câncer de colo uterino, também denominado de colpocitologia, porém, nem todos os serviços de saúde da AB incorporaram tal prática, e estas unidades apresentam utilização reduzida e indisponível a toda população feminina ^(26,27).

Nos países desenvolvidos com programas organizados de rastreamento e com adequada cobertura, as taxas de incidência e de mortalidade pelo câncer de colo de útero, têm mostrado redução no seu quadro, o que não ocorre naqueles em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Nesses países, encontra-se redução da incidência em até 80% dos casos ⁽²²⁾.

A grande aceitabilidade do exame preventivo, tanto pelas mulheres quanto pelos profissionais de saúde, está aliada à facilidade de sua execução e aos resultados de redução significativa da mortalidade por câncer do colo uterino, em que a implementação foi ampla, principalmente nos centros mais desenvolvidos ⁽²⁸⁾.

“A realização do exame citopatológico tem sido reconhecida mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do câncer de colo do útero na população feminina e tem modificado efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por este câncer” ⁽²⁸⁾.

Somando-se a isto, a realidade das infraestruturas das instituições públicas, associada à conduta dos profissionais de saúde, interferem na cobertura do exame preventivo. Nesse sentido, quando houver conscientização dos profissionais de saúde quanto ao exame de papanicolaou, sendo este indolor, de baixo custo e rápido, haverá maior divulgação pelos atuantes na área e obrigatoriedade da informação de sua importância à mulher e consequente aumento da procura ⁽¹⁵⁾.

2.3 - Avaliação e satisfação com o serviço de saúde: perspectiva do usuário

A incorporação da visão do usuário nas metodologias de avaliação faz parte de um paradigma que reafirma princípios relativos a direitos individuais e de cidadania expressos nos direitos do paciente e no próprio conceito de humanização.

De acordo com a OMS (1989), a avaliação é definida como “um meio sistemático de se aprender empiricamente e de se utilizar as lições aprendidas para melhoria das atividades realizadas e para o desenvolvimento de um planejamento mais satisfatório, mediante uma seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura”.

Iniciativas foram adotadas pelo MS visando à reestruturação da Atenção Primária a Saúde (APS), assim como intensificando as ações voltadas à prevenção. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de avaliar a qualidade da assistência na ótica das usuárias do sistema de saúde com foco no exame de papanicolaou. Possivelmente essa avaliação aponte indicadores para qualificar o atendimento, e certamente haverá maior aderência a essa prática preventiva, com repercussões significativas na incidência do câncer de colo de útero que atinge parte da população feminina.

Nesse sentido, é de extrema relevância a opinião das usuárias a respeito dos serviços de saúde, no que se refere às necessidades dessas mulheres, para avaliar a qualidade, principalmente na realização do exame CP. O conhecimento dessas necessidades apresenta-se como potencialidade para melhorar o cuidado e, para tanto, é fundamental que os profissionais de saúde tenham uma escuta qualificada.

Entretanto, para avaliar a satisfação do usuário, o pesquisador se depara com a diversidade de métodos e ausência de instrumentos padronizados para a coleta de dados.

A avaliação necessita identificar com clareza o que está sendo avaliado, quais características observar e medir, como pretende observar e medir esse sujeito ou objeto e o que fará com o juízo de valor emitido nesse processo. Assim, a avaliação depende de quem a realizará e para quem se destina. Uma vez realizada, a avaliação requer tomada de decisões frente aos resultados ⁽²⁹⁾.

Mesmo que os resultados constituam um indicador de qualidade da assistência médica, é necessário realizar avaliações simultâneas das estruturas e dos processos para conhecer as razões das diferenças encontradas, de forma a planejar

intervenções que proporcionem a eficiência demonstrada por meio da melhoria da assistência à saúde.

A avaliação dos serviços de saúde é um processo de julgamento que deve contemplar a participação do conjunto dos atores envolvidos na prestação da atenção em saúde, merecendo destaque a finalidade dos serviços, voltada, em última instância, ao atendimento dos problemas e necessidades dos usuários. Nesse sentido, as análises dos usuários sobre os serviços de saúde devem ser reconhecidas como portadoras de racionalidade e amparadas no contexto histórico e social de sua produção ⁽²⁹⁾.

Estudos relacionados à satisfação dos usuários ainda são deficitários na atenção primária da saúde e principalmente aos relacionados à saúde da família ^(30,31), revelando a necessidade de investigações desta natureza para produção de conhecimento e possíveis reflexões e mudanças neste paradigma.

Assim, compreende-se que a avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde é ferramenta importante para subsidiar o processo de decisão compartilhada, visando repensar as práticas profissionais, reorganizar o processo de trabalho, realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos que estejam coerentes com o projeto político estabelecido ^(29 32,33).

Nesse contexto, a discussão sobre a qualidade dos serviços de saúde no Brasil é complexa. Ainda, em sua interface com a qualidade, a avaliação da satisfação do usuário também é tarefa desafiadora, uma vez que a oferta de serviços não acontece de forma homogênea.

O território brasileiro é marcado por especificidades, por heterogeneidades populacionais, pela inserção diferenciada dos sujeitos que compõem essa população na sociedade, pelas distintas condições de vida, determinando formas diferenciadas de adoecer e de condição saudável, e, portanto, de utilizar serviços de saúde, sendo que esses deveriam se organizar de forma a melhor responder às necessidades locais de sua população, inclusive regionalmente, em relação aos serviços prestados.

Portanto, a satisfação insere-se no componente relacional entre usuários e profissionais. Esta avaliação de serviços compreende a dimensão do desempenho técnico, que aborda a aplicação do conhecimento e tecnologia em saúde a fim de maximizar os benefícios, reduzir os riscos e melhorar a dimensão do relacionamento com o paciente ⁽³³⁾.

O MS vem realizando esforços para que a melhoria da qualidade da atenção básica aconteça de maneira uniforme. Para tal implantou no ano de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Atualidade de Atenção Básica (PMAQ), que tem como objetivo principal avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da AB. Está organizado em quatro fases, subsequentes, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade.

É um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de atenção, que visa quantificar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar as tomadas de decisões, oferecendo transparência dos processos de gestão do SUS, dando visibilidade aos resultados alcançados pelas equipes, e principalmente buscando fortalecer o controle social com foco no sistema de saúde dos usuários ⁽³⁴⁾.

3- OBJETIVO

Avaliar a satisfação da mulher ao exame citopatológico na Estratégia de Saúde da Família.

4- MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Estudo avaliativo nas modalidades quanti-qualitativo, transversal, que utilizou como instrumento para coleta de dados, questionário semiestruturado e adaptado a partir do referencial teórico Donabedian ⁽³¹⁾.

4.2 Local do estudo:

O estudo foi realizado nas sete equipes de saúde da família denominadas: ESF Morada do Sol, Vicentina, Vila Bonfim, Cecap, Eldorado, Sumaré e Vila Luiza do município de Presidente Venceslau, situado na Região do Extremo Oeste Paulista do Estado de São Paulo, com população estimada de 37.915 habitantes (IBGE, 2010), sendo então o 162º mais populoso do estado⁽³⁵⁾.

Mapa do Município de Presidente Venceslau



Fonte: Setor de Endemias – PV/SP

4.3 Participantes do Estudo:

Inicialmente realizou-se uma busca do número de pessoas cadastradas nas equipes de ESF do município por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). De acordo com o relatório do SIAB o município possuía 8.679 famílias cadastradas. Visitou-se cada ESF com o objetivo de identificar as mulheres que realizaram a coleta do papanicolaou e que realizaram o exame preventivo a partir dos últimos seis meses que antecedem a coleta.

Os critérios para inclusão dos sujeitos desta pesquisa foram:

a) indivíduos com idade entre 20 e 59 anos, que estivessem presentes no momento da entrevista;

b) ter tido ao menos uma experiência de atendimento na ESF a partir do último semestre do ano de 2012.

Foram enquadradas nestes critérios 281mulheres, assim distribuídas: ESF Morada do Sol – 25 mulheres, Vicentina – 48 mulheres, Vila Bonfim – 36 mulheres, Cecap – 48 mulheres, Eldorado – 41 mulheres, Sumaré – 48 mulheres, Vila Luiza – 35 mulheres.

Para identificação dessas mulheres foram utilizados registros realizados pela ESF no livro de controle de coleta de Papanicolau.

Considerando que a realização do exame na população de mulheres acima de 20 anos ainda é pequena e de acordo com o modelo de faixa etária classificado pelo SIAB ⁽³⁶⁾ e recomendação do MS, justifica-se a faixa etária determinada para o estudo.

Com erro de 6%, o tamanho amostral foi de 267, mas para não haver perda foram selecionadas as 281 mulheres. Considerando que a satisfação dos pacientes em relação ao serviço é de 50% (desconhecida), uma confiabilidade de 95% e margem de erro de 5%, o tamanho amostral mínimo foi de 281 mulheres.

Esse valor foi estratificado por ESF e por faixa etária a ser considerada.

4.4 Análise de Dados

A análise dos dados quantitativos e qualitativos foi realizada simultaneamente, visando proporcionar uma relação de complementaridade entre os mesmos. Sendo assim, optou-se por descrever e analisar os dados com base na teoria de Donabedian

⁽³⁷⁾, onde é proposta uma avaliação da qualidade por meio dos eixos: estrutura, processo e resultado.

Para os dados qualitativos será utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin ⁽³⁸⁾.

Todas as análises foram feitas utilizando o programa SAS for Windows, v.9.2.

4.5 Procedimentos Éticos e coleta de dados

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Paulista-Unesp-Botucatu, recebendo a autorização para efetuar a pesquisa em 03/12/12 conforme Protocolo CEP 4432-2012.

Todos os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa, da garantia do anonimato, do caráter voluntário da participação e como procedimento foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 6.1), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96) para obtenção da autorização dos sujeitos que aceitaram participar do estudo.

O instrumento para coleta de dados foi adaptado a partir de estudo realizado de Gaiosio ⁽³¹⁾, que utilizou o referencial teórico de Donabedian, bem como a Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS. O mesmo contempla questões fechadas e foi adaptado pela pesquisadora conforme os objetivos do estudo.

4.6 Referencial Metodológico

4.6.1 Donabedian

Foram utilizados como referencial metodológico três critérios de avaliação, que incluiu os eixos: estrutura, processo e resultado ⁽³⁷⁾.

O pioneiro a estudar esse assunto no setor saúde foi o pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, Avedis Donabedian, sendo, portanto, o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde. Este autor absorveu da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado adaptando-os ao atendimento hospitalar.

A Estrutura destaca características relativamente estáveis e necessárias ao processo de assistência, como: a área física, recursos humanos, materiais e financeiros, sistemas de informação, instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais.

Por outro lado, o componente “Processo” relaciona-se à prestação da assistência, reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados.

Em termos de resultados, o mesmo corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes e as relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ^(37,39).

4.6.2 Bardin

Para o referencial metodológico da análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin ⁽³⁸⁾.

Define-se como Análise de Conteúdo:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” ⁽³⁸⁾.

Foi utilizada a análise temática das unidades de significação identificadas conformando uma comunicação ⁽³⁸⁾. Por meio dessa técnica pode-se caminhar na direção da descoberta do real significado dos conteúdos manifestos, indo além do superficial do que está sendo analisado.

O número de mulheres entrevistadas para a coleta dos dados qualitativos (questões abertas do questionário semiestruturado, adaptado pela pesquisadora) constituiu-se de 18, ou seja, a amostra selecionada obedeceu aos critérios da técnica de saturação teórica que ocorre quando:

“Nenhum dado adicional é encontrado que possibilite ao pesquisador acrescentar propriedades a uma categoria. (...), isto é, (...) quando o pesquisador torna-se empiricamente confiante de que a categoria está saturada” ⁽⁴⁰⁾.

Durante a utilização do critério de saturação, existe um ponto em que a quantidade de respostas da amostra, de acordo com as falas dos entrevistados, não pode ser alterada. Portanto, a saturação torna-se um instrumento epistemológico que permite identificar as falas desnecessárias, permitindo a ampliação do número de propriedades do estudo investigado ⁽⁴¹⁾.

O critério de saturação permite validar um conjunto de observações e designa em qual momento de uma pesquisa os resultados e informações em uma pesquisa não alteram a compreensão do estudo ⁽⁴¹⁾.

“O esquema de saturação é objetivamente válido à medida que ele satisfaz as exigências lógicas de julgamento em um universo determinado. Enquanto a validade empírica é a correspondência de uma hipótese ou de uma teoria à realidade factual, a validade objetiva é a adequação de uma conjectura ou de uma teoria a uma explicação lógica. É alcançada mediante inferências a partir de um argumento em que as premissas são consideradas legítimas” ⁽⁴²⁾.

4.7 Referenciais Teóricos

4.7.1 Programa de Saúde da Família/Estratégia de Saúde da Família

O PSF surgiu no Brasil em 1994, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (AB), em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre do momento histórico social, em que o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende às mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas.

Nesse período de implantação, recebeu críticas por manter o mesmo esquema, sem mudanças qualitativas, agindo apenas na organização dos serviços e não no processo de trabalho ⁽⁴³⁾. A ideia é que suas ações sejam mais de natureza “higienista” do que as de cunho “sanitarista”. O controle educativo/terapêutico instaurado pela higiene iniciou um modo de regulação política da vida dos indivíduos que até hoje vem se mostrando eficiente ⁽⁴⁴⁾.

A Estratégia Saúde de Família (denominação dada ao PSF a partir de 2003), concebida pelo Ministério da Saúde, propõe nova dinâmica de trabalhar em saúde, daí promovendo uma relação dos profissionais mais próximos das pessoas, famílias e

comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população ^(45,46). Portanto, pode ser definido como: um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida e no que se refere à área de saúde, serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados ⁽⁴⁴⁾.

O programa objetiva contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, seguindo os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Pretende-se que o PSF seja capaz de resolver 85% dos problemas de saúde na população adstrita, prestando atendimento de nível primário, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população ⁽⁴⁴⁾.

De acordo com o MS,

“A Atenção Primária considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável ⁽²⁸⁾.”

A consolidação e expansão da ESF, ao longo dos anos, foi possível devido à criação de algumas políticas de saúde, que contribuíram com a estratégia. Uma dessas grandes contribuições foi a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), implantado pela Norma Operacional Básica (NOB 01/96), a qual estabelece o pagamento em função da cobertura populacional, substituindo o repasse financeiro por produção de serviços, além de introduzir incentivos para implantação de ações de saúde como a ESF⁽²¹⁾. Com a implantação do PAB (fixo e variável), a ESF passou a ter orçamento próprio e foi incluído no Plano Plurianual (PPA) do Governo Federal, em 1998 ⁽⁴⁵⁾. A Portaria nº 1.329 de 12 de novembro de 1999 estabeleceu que os municípios passassem a receber incentivos anuais diferenciados de acordo com a faixa de cobertura populacional. Obviamente os municípios com maior cobertura recebem maior incentivo, devido ao fato de que quanto maior o número de pessoas cobertas pela ESF, maior será seu impacto ⁽⁴⁶⁾.

Também foi de grande contribuição para a saúde da família a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS), em janeiro de 2001, com objetivo geral de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da

população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Esta norma também definiu as responsabilidades e estratégias mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver no âmbito da AB ⁽³⁶⁾. No ano seguinte, instituiu-se a NOAS/SUS 01/2002, que ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabelecendo o processo de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde de busca de maior equidade. A partir de então foi concebido o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, para monitoramento das ações e serviços de saúde referente ao nível da atenção básica, sendo que para a tuberculose foram propostos dois indicadores: Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva e proporção de abandono do tratamento da tuberculose, o qual é considerado um dos vinte indicadores principais para o monitoramento da AB ⁽⁴⁷⁾.

No ano de 2006, as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, trouxeram outra contribuição no que diz respeito ao financiamento da ESF, que foi a criação do financiamento da atenção básica - Teto financeiro do Bloco da Atenção Básica, que é constituído pela parte fixa e variável do PAB em conjunto ⁽⁴⁸⁾.

Esse novo modelo de atenção à saúde preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional, sendo constituído por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião dentista e técnico em saúde bucal. Essa equipe deve ser responsável por um território delimitado, clientela adstrita cadastrada e acompanhada.

“O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe” ⁽⁴⁹⁾.

A equipe de saúde da família constitui a porta de entrada ao sistema local com nível de atenção primário, onde se inicia com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minimizando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade ⁽⁴⁹⁾.

Sendo a ESF a porta de entrada para o sistema, os profissionais que integram a equipe deverão conhecer a população, ter consciência do seu papel enquanto saúde da família, identificar os determinantes de saúde/doença, planejar e elaborar

estratégias que minimizem os agravos de saúde e atuar com vistas à Política Nacional de Educação Permanente (PNEP).

“O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada” ⁽⁴⁹⁾.

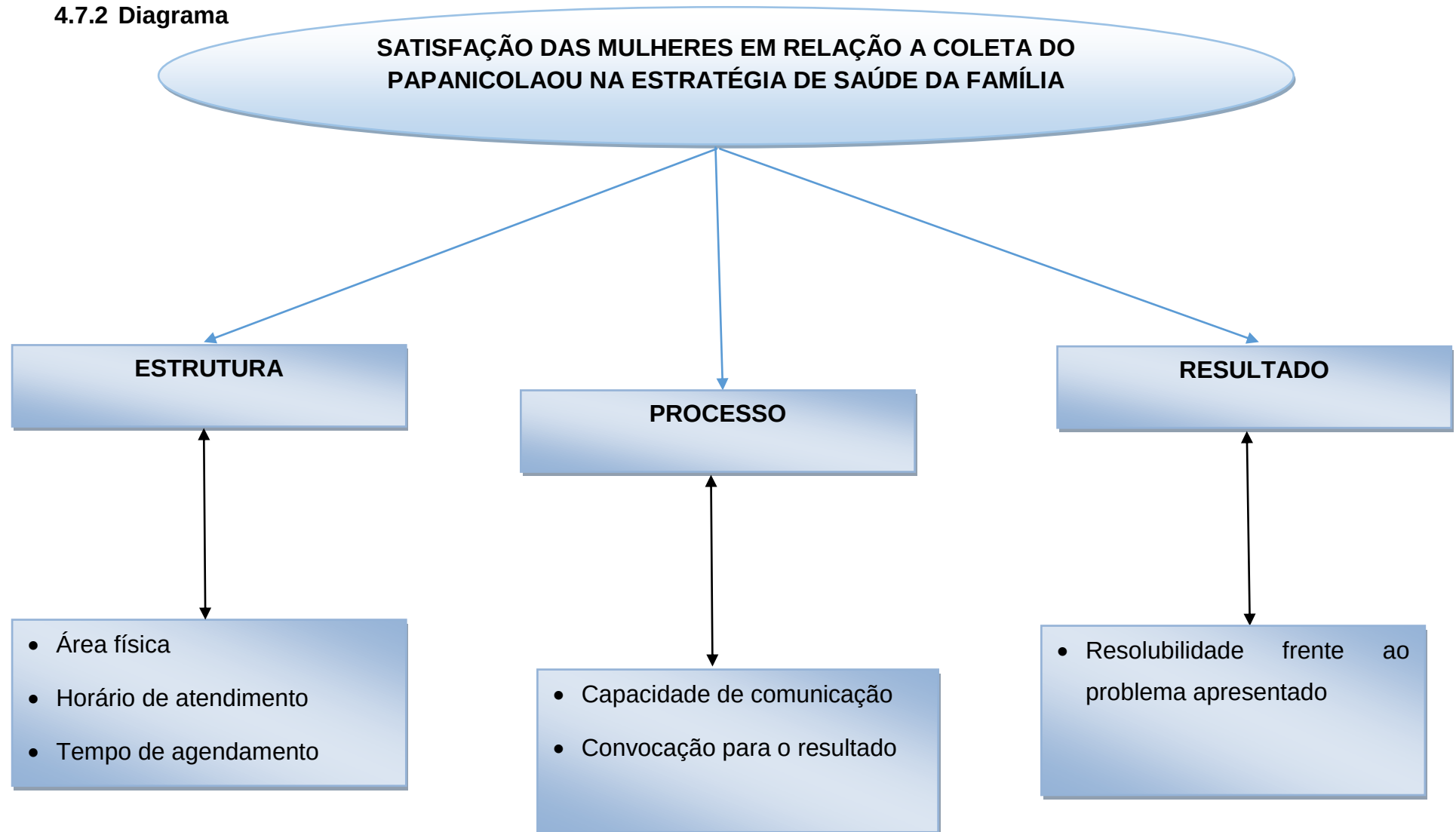
O número de pessoas recomendado para cada equipe é de no máximo a 4.000 pessoas, considerando uma média de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição ⁽⁴⁹⁾. Cabe à equipe conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificando os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade. Sendo uma equipe multiprofissional, a mesma deve elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionando com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da AB ⁽⁴⁹⁾.

Associadas a estas, outras ações devem ser desenvolvidas, a fim de promover atenção integral, contínua e organizada da população adstrita. O acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo, uma das peças-chave da ESF, ocorra de forma efetiva. Importante lembrar que a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da Unidade de Saúde (US), mas em domicílio, em locais do território, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado.

O município de Presidente Venceslau possui 37.915 habitantes, considerando uma população satélite, devido à existência de duas penitenciárias. Possui sete equipes de saúde da família, onde a primeira equipe formou-se no ano de 1998.

Portanto, para viabilidade e para que ocorram mudanças significativas no atual sistema de saúde e que possibilitem atenção individual e coletiva, incluindo ações de prevenção de agravos, promoção da saúde, bem como aquelas relacionadas à organização do processo de trabalho, torna-se necessário que seja realizado o monitoramento e avaliação da atenção prestada.

4.7.2 Diagrama



5-RESULTADOS

Para caracterização das entrevistadas considerou-se a análise dos itens identificados como: faixa etária, nível de escolaridade, tempo de residência na área da ESF, renda familiar, plano de saúde, serviços de saúde públicos utilizados, importância da coleta do papanicolaou e frequência que realizam o referido exame.

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, MULHERES CADASTRADAS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, MUNICÍPIO DE PRESIDENTE VENCESLAU, 2013

ESF	MULHERES CADASTRADAS (n)		
	20 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59anos
Morada do Sol	12	06	07
Vicentina	26	12	10
Vila Bonfim	17	11	08
Cecap	26	12	10
Eldorado	22	11	08
Sumaré	25	12	11
Vila Luiza	19	09	07
TOTAL	147	73	61

Tabela 1

O total de mulheres cadastradas nas ESF foi de 281, e a maioria encontrava-se na faixa etária de 20 a 39 anos.

O ensino médio completo prevaleceu entre as mulheres que residiam de 11 a 20 anos no município, e a renda mensal de um a três salários mínimos. O papanicolaou foi o procedimento mais procurado e 96% pontuam este como relevante para a saúde, com predomínio de realização anual em 79,7% correspondente a 224 mulheres, bianual 22 (7,8%) e 21 (70%) revelaram que realizam raramente. 89,3% conhecem os cuidados prévios ao exame. Outro achado importante foi que 167 mulheres (59,4%) revelam que não usufruíram da consulta de enfermagem e da visita domiciliar.

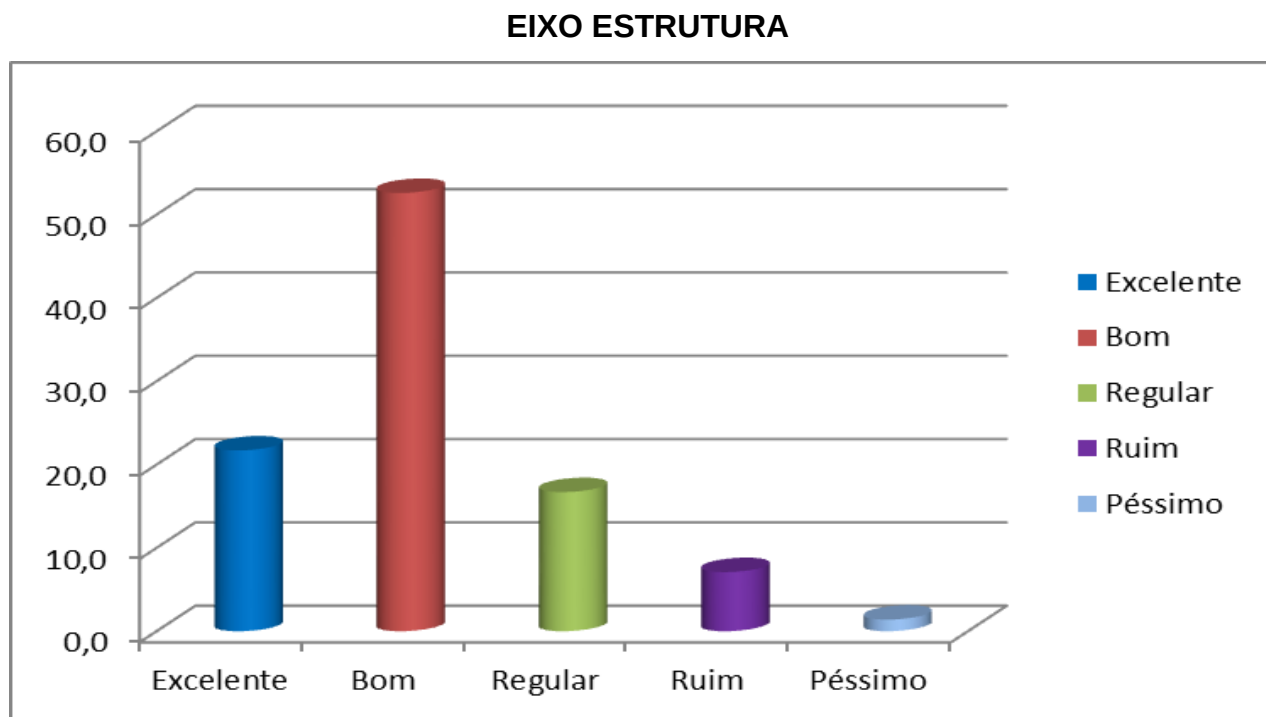


FIGURA 1 – Área física da ESF

Houve predomínio do conceito bom (60,8%) para estrutura física das ESF, e uma minoria (3,2%) considera ruim e em 1,4%, péssima.

Quanto à satisfação das usuárias em relação à qualidade e quantidade de equipamentos, o conceito foi bom em (59,7%), regular (21,3%) e (17,4%) excelente.

Quanto à disponibilidade de medicamentos nas ESF 52,6% avaliaram como bom e 7,1% e 1,4% ruim e péssimo respectivamente.

Em relação à disponibilidade para procedimentos ginecológicos a avaliação foi regular em (36,2%), (27%) como bom, (17,7%) ruim e (11%) péssimo. Quanto ao tempo que aguarda na sala de espera, conceituaram (44,4%) bom, (17,7%) excelente e (13,1%) regular.

Em relação ao tempo gasto para o procedimento da coleta realizada pelo profissional médico, prevaleceu o conceito bom (39,5%) e (12,8%) excelente. Quando realizada pela enfermeira (60,8%) conceituaram bom e (21,7%), excelente. Ter acesso aos exames complementares, a maioria (47,6%) classificam bom, bem como os encaminhamentos para especialidade.

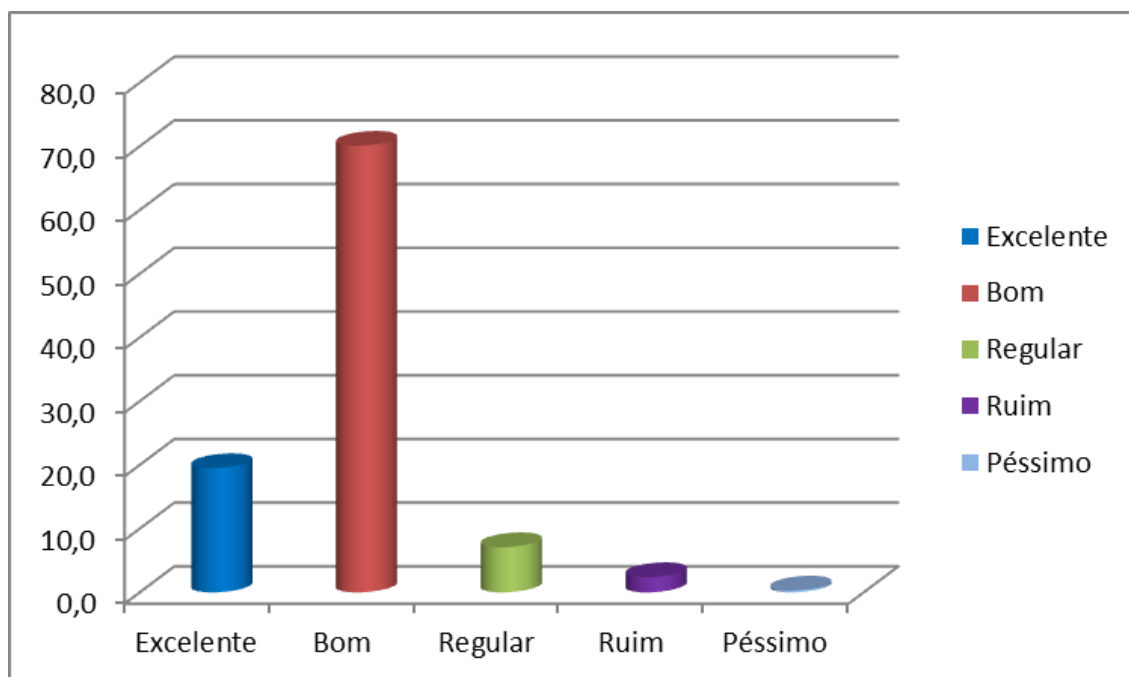


FIGURA 2 – Horário de atendimento da ESF para coleta de papanicolaou.

Em 70,1% as mulheres revelam que o horário de atendimento é bom. Quanto à necessidade de coleta em horário diferenciado (55,1%) consideram necessário.

Sobre a distância entre a ESF e as residências o conceito bom foi destacado em 54,8% das mulheres, enquanto excelente em 39,5%.

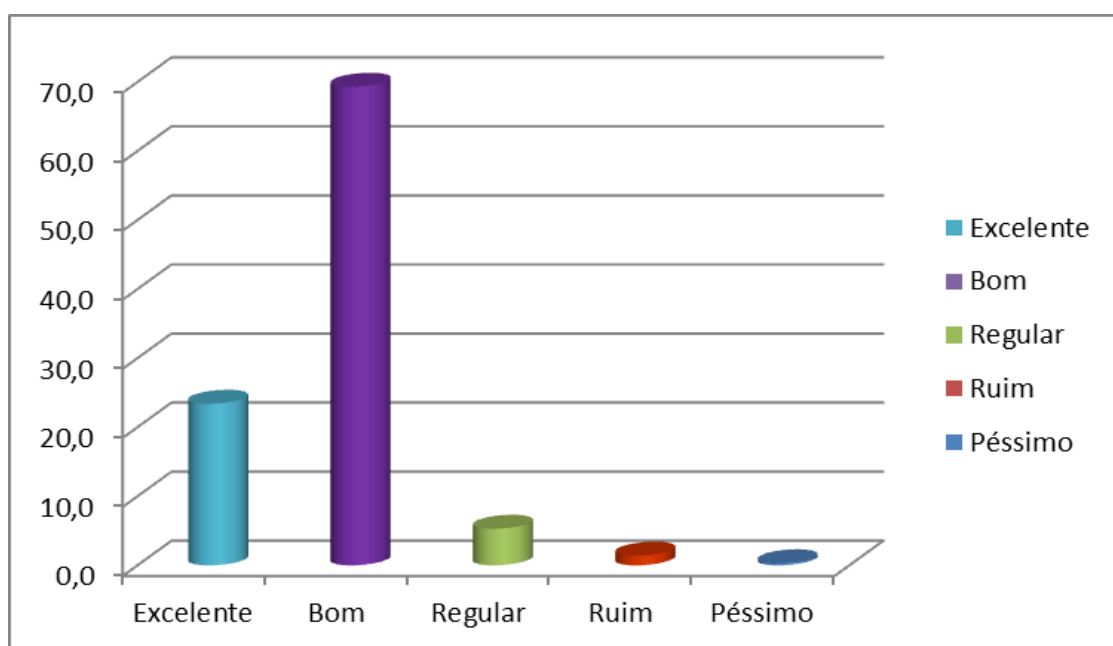


FIGURA 3 - Tempo de agendamento para coleta de papanicolaou

Em relação ao tempo de agendamento destacou-se o conceito bom em 69,3%, e 23,4%, 5,3% como excelente e regular respectivamente.

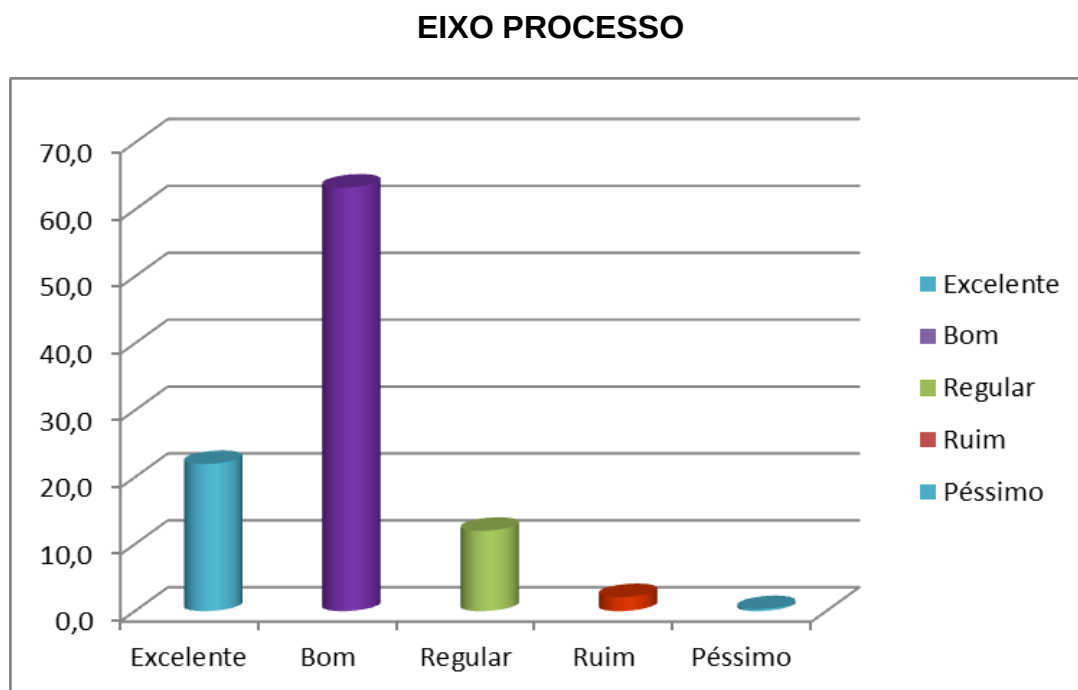


FIGURA 4 - Capacidade de comunicação com os membros da equipe

Das mulheres entrevistadas, consideram que a capacidade de comunicação entre os membros da equipe é boa (63,3%). Quanto ao atendimento realizado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem (58,7%) o conceito obtido foi bom, (25,2%) excelente e (13,1%) regular. Pela enfermeira 28,1% e 62,2% é excelente e bom respectivamente e o médico entendem que 28,6% e 38,7% é excelente e bom respectivamente. Quanto à atuação dos ACS as mulheres conceituaram (62,6%) bom, (34,1%) excelente. Em relação às orientações quanto ao seguimento, 62,6% atribuíram conceito bom.

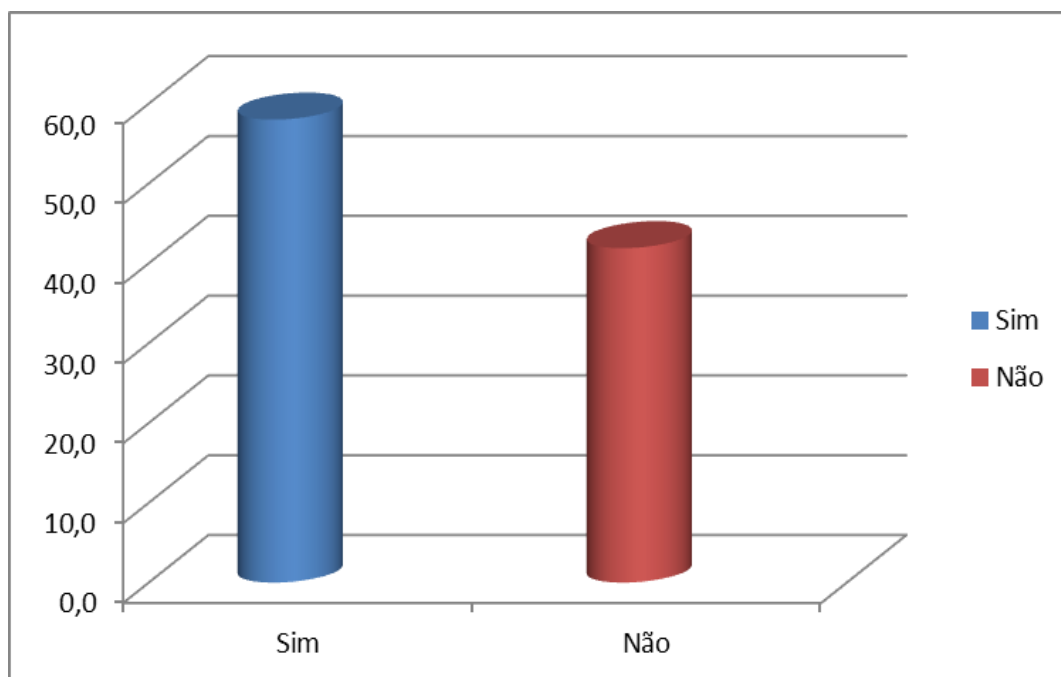


FIGURA 5 – Convocação pela ESF para resultado do exame

Pelos resultados evidenciados nesta figura predominou entre as entrevistadas que a comunicação do resultado do exame é satisfatório em 58%, porém 41,9% referem não receber tal convocação e 53,7% dessas convocações estão a cargo do ACS.

EIXO RESOLUBILIDADE

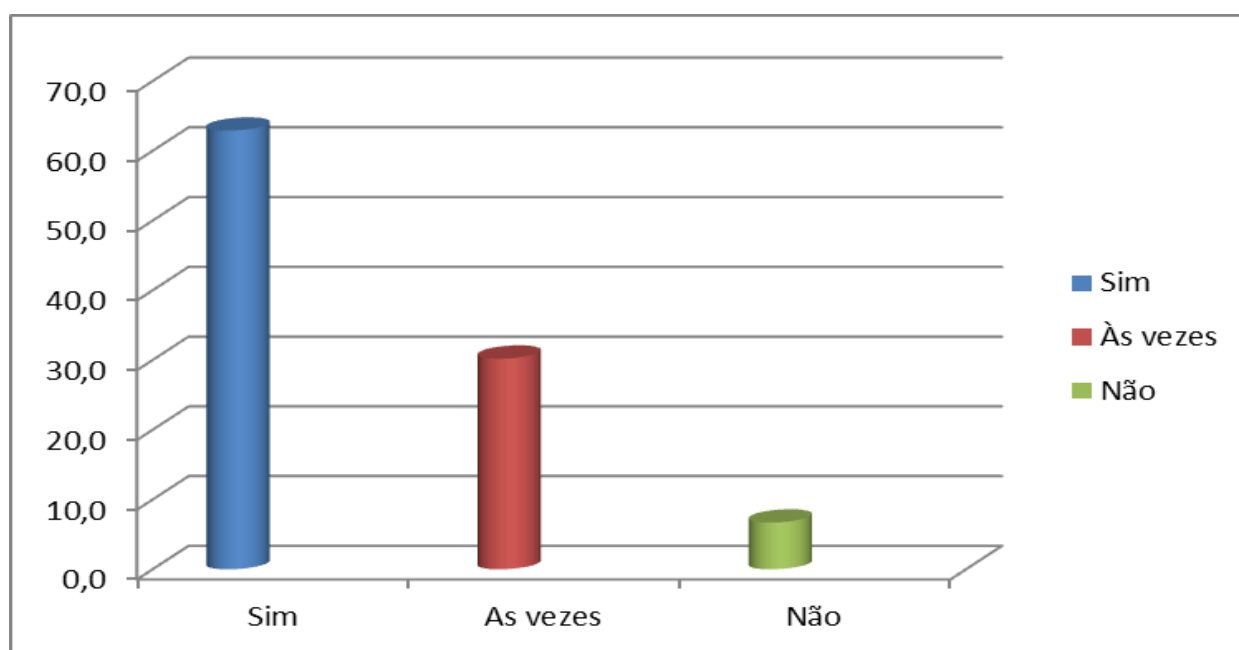


FIGURA 6 – Resolubilidade frente ao problema apresentado

As mulheres declararam que quando procuram o serviço com queixas ginecológicas, 62% relataram que há resolubilidade, (30,2%) referem que às vezes e (6,7%) que não se resolvem.

A análise das falas das depoentes utilizou a análise de conteúdo ⁽³⁸⁾, que busca descobrir os diferentes núcleos de sentido, os quais constituem as informações coletadas. Posteriormente, procedeu-se a seu reagrupamento em categorias tais como:

CATEGORIAS PRÉ-DEFINIDAS	TEMÁTICAS
Importância do exame papanicolaou	Condição de prevenção Causalidade do câncer Diagnóstico precoce Sensação de finitude
Resolubilidade do problema	Satisfação ao atendimento Possibilidade de encaminhamento
Necessidade de horário diferenciado	Atendimento às mulheres que trabalham
Motivos da não realização do exame	Medo e vergonha Preconceito Desconforto físico Falta de tempo Não simpatiza com o profissional Falta de conscientização e informação.

6- DISCUSSÃO

A discussão permeou a sequência do instrumento de coleta de dados segundo as dimensões de avaliação – estrutura, processo e resultado.

A população estudada foi de 281 mulheres cadastradas nas Estratégias de Saúde da Família do município de Presidente Venceslau/SP, com uma variação na faixa etária de 20 a 59 anos. O Ministério da Saúde preconiza para realização do exame de papanicolaou na faixa etária entre 25 a 60 anos. Portanto, faz-se necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos programas de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes ⁽¹⁸⁾. Esta controvérsia entre as faixas etárias do MS e SIAB são diferentes, mas fato que todas as mulheres com vida sexual ativa e em alguns casos acima de 60 anos são incluídas para o controle dos problemas ginecológicos.

Quanto ao grau de instrução, (30,6%) das mulheres com ensino médio completo, (28,4%) ensino fundamental incompleto e (2,4%) eram não alfabetizadas. Estes dados revelam que a população estudada possui bom entendimento da importância ao realizar o papanicolaou, prevenindo complicações futuras. Porém, segundo Galvão (2000) indica que a baixa escolaridade pode dificultar a compreensão das informações sobre as práticas de saúde no que se refere à adesão na coleta do papanicolaou. ⁽⁵⁰⁾.

Em grande percentual de mulheres (89,6%) a renda está entre um e três salários mínimos. A condição econômica pode ser fator determinante para procura do serviço público de saúde em relação ao privado, haja vista que ocorre uma semelhança no cuidado médico entre ambos, sendo um benefício do serviço público a possibilidade de aquisição de medicamentos gratuitos. Desta forma, populações com baixa renda são usuárias mais assíduas do serviço público de saúde ⁽⁵¹⁾.

Neste estudo a maioria das mulheres utilizam vários serviços públicos de saúde do município, e principalmente a ESF (100%).

Para o MS, o fortalecimento da atenção básica é promovido por meio da acessibilidade, qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção, e assim estabeleceu que a ESF não restringisse apenas a triagem e encaminhamento, mas como espaço capaz de resolver os problemas de saúde prevalentes na área de abrangência, prevenir doenças e agravos em geral. Portanto, preconiza-se que as pessoas atendidas sejam referenciadas aos níveis

especializados apenas quando houver necessidade. Para isso, é importante manter o fluxo de referência e contrareferência ⁽⁵²⁾.

Diante dessas considerações faz-se necessário que as equipes atuantes na ESF intensifiquem a educação em saúde, favorecendo melhor compreensão da finalidade da atenção básica, demonstrando o verdadeiro papel do enfermeiro. Fortalecendo assim, a proposta do MS em ser de fato a porta de entrada do sistema de saúde.

Nesse sentido a coleta de papanicolaou é atividade privativa do enfermeiro, assim como a consulta de enfermagem e visita domiciliar ⁽⁴⁵⁾. Neste estudo percebeu-se que o papanicolaou é o procedimento mais procurado, porém a visita domiciliar em 44,1% das mulheres referem não receber e (40,5%) não usufruem da consulta de enfermagem com frequência. Estudo envolvendo a temática revela que a consulta de enfermagem não intensificou nos serviços de saúde ⁽⁵³⁾. Possivelmente a visita domiciliar não vem ocorrendo por não visualizar a necessidade, sua importância e falta de planejar e estabelecer prioridades em saúde.

Em sendo, atribuição do enfermeiro, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, garantir a consulta de enfermagem, como também realizar visita domiciliar para os usuários com problemas de saúde estabilizados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, as porcentagens da não realização destes serviços demonstra que essas ações devam ser revistas pelas ESF. Ainda é atribuição do enfermeiro solicitar exames complementares, prescrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do MS e as disposições legais da profissão ⁽⁵⁴⁾.

Em relação ao conhecimento das mulheres quanto à importância do papanicolaou, (99,6%) possuem conhecimento sobre o exame; resultado excelente, sinal que estão esclarecidas da prevenção do câncer uterino. Evidencia-se por meio do conhecimento das mulheres frente à importância do exame, tornar-se possível avaliar e elaborar estratégias de prevenção ⁽⁴⁾.

A mulher, quando bem informada pelos profissionais de saúde, aproxima-se com mais frequência ao serviço e ao mesmo tempo promove valorização quanto ao autocuidado ⁽⁵⁾.

Estudos referentes ao conhecimento e a importância do exame preventivo, na busca dos motivos que influenciam a não realização, citam o déficit no conhecimento,

dificuldades para agendamento, mau atendimento, cuidados com a casa e filhos e responsabilidades diárias, são fatores que interferem na adesão ^(55,56 57, 58).

Portanto, apreender as percepções das mulheres sobre a importância da prevenção do câncer de colo uterino, nos aspectos biopsicossociais, contribui para orientação da prática do exame bem como na formação do conhecimento ⁽⁵⁹⁾, considerando que apenas reconhecer a importância do exame não faz com que as mulheres o realizem. No entanto, destaca um espaço importante de atuação do enfermeiro, ação educativa.

Neste estudo a frequência que realizam o exame papanicolaou é anual. Portanto, reforçando esse achado, considera-se que o exame quando incorporado à rotina da mulher, contribui positivamente na redução da incidência do câncer e da morbimortalidade. Nesse sentido, preconiza-se que mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade e vida sexual ativa realize o exame preventivo anualmente. Quando os resultados forem negativos para displasia ou neoplasia do colo uterino em dois anos consecutivos, preconiza-se trianual. Pois, após resultado negativo, o risco cumulativo de desenvolver o câncer é reduzido, mantendo tal redução nos cinco anos subsequentes ^(4,60).

Diante desse resultado percebe-se que as equipes de saúde da família necessitam realizar trabalho de orientação, com foco na coleta de papanicolaou, informando-as sobre a frequência adequada para realização, uma vez que o primeiro resultado deu negativo para o câncer de colo uterino.

Outra atividade educativa inerente ao enfermeiro é orientação aos cuidados anteriores ao exame. Foi possível detectar que 70% das mulheres tem esse fato como relevante.

Nesse estudo percebe-se ainda que 30% das mulheres entrevistadas possuem desconhecimento sobre os cuidados prévios ao exame. Dado relevante e merece ser trabalhado, uma vez que a negligência desses cuidados interfere tanto na realização, como no resultado do exame, além da conscientização da usuária quanto à higienização perineal prévia ao exame, requer estímulo e orientação do profissional ⁽⁶¹⁾.

A satisfação das usuárias em relação à estrutura pode ser avaliada por um conjunto de fatores, dentre eles as condições ambientais, como limpeza e conforto das instalações, condições do edifício e equipamentos ⁽⁶²⁾, como será discutido a seguir.

Quanto à avaliação da estrutura das ESF pelas mulheres em relação à aparência física, 60,8% conceituaram-nas como bom, um dado importante que sinaliza que Mesmo sendo dado importante) uma porcentagem delas ainda tem a estrutura física em 22,7%, 3,2% e 1,4% como regular, ruim e péssimo respectivamente. São dados que devem ser considerados a fim de verificar quais são os problemas relacionados e tentar propor soluções diárias, que proporcionem satisfação das mulheres.

Quanto à disponibilidade de equipamentos nos quesitos quantidade e qualidade as mulheres conceituaram bom para o atendimento em (59,7%), mas (21,3%) delas referem insatisfação, possivelmente relacionada à falta de material no momento do exame, o que desencadeou tal resultado. Portanto, reconhece-se a necessidade de melhor adequação do serviço, em termos de equipamentos, incorporar tecnologia, e seguir lista mínima de aquisição de materiais e equipamentos para execução das atividades diárias ⁽⁶³⁾.

A realização das ações de saúde pode sofrer impacto sobre o sistema local, uma vez que as unidades não possuem os equipamentos adequados, pois os mesmos conferem suporte ao atendimento ⁽⁶⁴⁾, constituindo, portanto uma fonte de insatisfação para o enfermeiro na prestação dos cuidados ⁽¹⁴⁾.

A identificação que as mulheres conceituam em 52,6% como bom e 21,7% excelente no quesito disponibilidade de medicações nos possibilita afirmar que há satisfação pela maioria. A distribuição sistemática de medicamentos na ESF é considerada um facilitador do acesso da população aos serviços de saúde em decorrência da continuidade do tratamento, mas não pode caracterizar o encerramento da relação do usuário com a unidade ⁽⁶⁵⁾.

As mulheres devem ser esclarecidas em relação aos procedimentos que são disponíveis nas ESF, pois determinadas ações devem ser referenciadas para a especialidade, em decorrência da não disponibilidade de equipamentos e profissionais habilitados. As ESF que incluem as mulheres cadastradas deste estudo não possuem equipamentos específicos para determinados procedimentos ginecológicos que se fazem necessários durante ou após a realização do papanicolaou, como fitas de pH vaginal e hidróxido de potássio (Whiff-test). Tais insumos favorecem a diferenciação das causas de possíveis corrimentos, presentes no momento da coleta ⁽²⁶⁾.

Nesse caso, as mulheres devem ser devidamente orientadas a procurar o serviço de referência que possibilitará o atendimento do problema vigente. Quando questionadas sobre a satisfação dos procedimentos ginecológicos, apenas (31,9%) avaliaram excelente e bom. Em (36,2%), (17,7%) e (11%) avaliaram como regular, ruim e péssimo, respectivamente. Essa avaliação negativa parte do princípio que há necessidade de deslocamento para outra unidade, distante da residência, possivelmente, além disso, haverá demanda de tempo maior para resolução do problema, uma vez que depende de agendamento, embora o médico de saúde da família tenha competência técnica para executar certos procedimentos, como a introdução de DIU, colposcopia e cauterização. Porém estes não são incorporados por fazerem parte do atendimento secundário, além disso, não há disponibilidade de material e equipamentos que garantam tal procedimento. Em detrimento desses detalhes a mulher torna-se insatisfeita, devido a ter que se deslocar para outro serviço.

Os processos de rastreamento devem fazer parte das ações de vigilância, facilitando com isso a identificação das mulheres diagnosticadas durante o exame realizado. Para o MS, é importante que a equipe esteja preparada para realizar o seguimento dessas mulheres, garantindo assistência de qualidade, além de facilitar o acesso às informações de saúde e ao mesmo tempo permitir avaliação efetiva das ações ⁽⁶⁶⁾.

No que se refere à acessibilidade ao serviço por este estudo as mulheres referem estar satisfeitas em relação ao tempo que aguardam para a coleta do papanicolaou. Essa espera deve ser avaliada, pois limites toleráveis. Portanto, a equipe deve ser sensibilizada, pois a demora no atendimento pode ser percebida como atitude de descaso dos profissionais, afetando a dignidade e os direitos como cidadãos ⁽⁶⁷⁾. A acessibilidade deve ser garantida uma vez que faz parte dos princípios e diretrizes do SUS.

Na avaliação das mulheres quanto à coleta realizada pelo médico, classificaram como bom atendimento em (39,5%) e quando realizada pelo enfermeiro (60,8%) o conceito foi bom.

O médico da ESF deve incorporar atividades programadas conforme a demanda espontânea ou agendada, e promover a saúde, a prevenção, diagnóstico e tratamento, atuar em parceria com o enfermeiro nas atividades de educação permanente, sendo de responsabilidades de ambos ⁽⁶⁸⁾.

De acordo com a resolução COFEN Nº 381/2011, o enfermeiro deve ser capacitado para o exame de papanicolaou, e assim dispor de habilidades técnicas e científicas para realizar o exame com segurança. Ao participar efetivamente dessa prática contribuirá para garantir o acesso da população, visando melhora na qualidade do atendimento que objetiva a prevenção do CCU ⁽⁶⁹⁾.

Quando a ESF encontra-se estruturada tanto no pessoal quanto no material, possivelmente atenderá a demanda de sua área de abrangência, promovendo a satisfação, o que resultará no aumento dos atendimentos e, conseqüentemente, diminuirá a procura em nível secundário ⁽⁷⁰⁾.

Estudo realizado pelo MS juntamente com o Instituto Nacional do Câncer, alerta que os encaminhamentos desnecessários pela AB aumentam a demanda no atendimento secundário, prolongando também o tempo de espera ⁽⁷¹⁾.

A demora na resolubilidade do problema quando referenciado a outro serviço é um dos fatores que pode interferir de maneira negativa ao acesso integral da mulher usuária, provocando insatisfação, o que pode aumentar o risco de CCU. É possível afirmar que a falta de comunicação entre a equipe da ESF e o serviço secundário pode inibir o acesso das mulheres na resolução de problemas mais complexos, demonstrando a fragilidade da rede assistencial, e falhas na referência e contrareferência ⁽⁶⁷⁾.

Quanto ao acesso à consulta previamente agendada, nota-se satisfação em 58,6 % pelas mulheres entrevistadas, pois classificam o serviço como excelente e bom. Esse resultado demonstra que o serviço encontra-se estruturado em relação à organização e atendimento de acordo com as necessidades das mulheres. A acessibilidade favorece a compreensão do vínculo estabelecido entre a equipe e as necessidades da população, favorecendo as ações de saúde e a oferta de recursos, tornando-se um elemento essencial para facilitar o acesso ao sistema de saúde ⁽⁷²⁾.

Ao reportar sobre necessidade de horário diferenciado para esse atendimento, as mulheres revelam que há necessidade em 44,8%. Esse resultado pode estar relacionado à dificuldade de acesso das mulheres que trabalham fora de casa, dificultando a procura pelo exame de prevenção. Torna-se necessário e importante que as ESF alcancem um considerável número de mulheres que possuem dificuldades para procurarem atendimento, pois é parte integrante das prioridades do MS ⁽⁷¹⁾.

Evidencia-se que há muitas faltas nos atendimentos e retornos que podem estar aliados a fatores relacionados à família, ao trabalho, à condição financeira, falta de informação, desinteresse para com o cuidado à saúde, assim como a dificuldade de horário para atendimento. Nesse sentido, tornam-se necessários horários alternativos e sem agendamento prévio, salientado a necessidade na busca das faltosas ao exame papanicolaou. Torna-se um desafio efetivar a busca ativa de pelo menos 80% da população-alvo, uma vez que é condição sinequanon capaz de causar um impacto na redução da morbimortalidade por câncer de colo uterino ^(53, 55).

Em relação à distância entre as ESF e as residências, constatou-se satisfação das mulheres em 39, 5% e 54, 8% como excelente e bom, respectivamente. Este dado afirma que as unidades encontram-se geograficamente bem demarcadas, fator este que facilita o acesso. A adequada distribuição das ESF, pensando em longitudinalidade é essencial para o sistema de saúde, sendo um atributo capaz de favorecer diagnósticos e tratamentos de forma eficaz, reduzir os encaminhamentos para especialistas e realizar procedimentos de caráter primário ⁽⁷³⁾.

Garantir o acesso alternativo é de extrema importância, pois facilita e disponibiliza o atendimento nos serviços de saúde. Quando não é disponibilizado poderá implicar no abandono, diminuição da procura, interferindo nas ações de prevenção, promoção e reabilitação dos problemas de saúde encontrados ⁽⁵²⁾.

Quanto ao tempo de agendamento para coleta do papanicolaou, as mulheres encontram-se satisfeitas em torno de 70%. Este dado denota que o serviço está estruturado de forma a atender satisfatoriamente o exame preventivo.

Em investigação sobre os fatores que desencadeiam a não realização do exame preventivo encontram-se as barreiras organizacionais, tempo de espera para atendimento e demora no agendamento do exame. Contudo, essas barreiras podem ser causadoras da baixa demanda na coleta, interferindo no vínculo entre usuária e ESF, assim como também no aumento da incidência do CCU ⁽⁷⁴⁾. Neste estudo os dados revelam que a mulher usuária da ESF do município de Presidente Venceslau encontram-se satisfeitas por não encontrarem entraves na realização do exame.

Quanto à capacidade de comunicação com os membros da equipe, as mulheres revelaram satisfação em 85,4%, resultado que permite inferir que os componentes da equipe possuem escuta qualificada. Este atributo é de fundamental importância no atendimento à saúde, pois a falta de compreensão do diálogo em

saúde pode resultar em redução nas ações de promoção, prevenção e recuperação. Fato esse que pode levar à desmotivação do cliente e profissional.

Portanto, atitudes como respeito, cordialidade, receptividade e interesse pelo problema do cliente é ponto fundamental no processo de comunicação ⁽⁷⁵⁾, assim como o vínculo com a população adstrita vem de encontro aos princípios e diretrizes do SUS. Por ser a ESF porta de entrada do sistema de saúde, recebe demanda diversificada, assim, o acolhimento e escuta qualificada torna-se necessário nas equipes, para promover melhor adesão ao serviço ⁽⁷⁴⁾.

Quando o atendimento prévio à coleta de papanicolaou é executado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, na visão das mulheres, considera-se que o atendimento é de boa qualidade em 83,5%, valor este que denota como excelente e bom. A assistência destes profissionais é de extrema importância para a satisfação da usuária, pois na maioria das vezes o mesmo é o primeiro contato na ESF.

Além de outras atribuições, estas categorias profissionais da enfermagem têm ações voltadas às relações humanas, criação de vínculo, promoção de acolhimento e incentivo à autonomia do usuário no autocuidado, utilizando das tecnologias leves que produzem bens-relação ⁽⁷⁶⁾.

Visto que essas categorias auxiliar e técnico em enfermagem constituem contingente significativo no exercício da enfermagem, esse dado permite enfatizar a necessidade de capacitações no sentido de garantir a integralidade do cuidado entre os profissionais que compõem a equipe de ESF, principalmente no que diz respeito ao exame preventivo de papanicolaou ^(77,78).

Quanto ao atendimento do enfermeiro e do médico, as mulheres encontram-se satisfeitas com o trabalho do enfermeiro, conceituando-o como excelente em 28,1% e bom em 62,2%. Portanto a somatória desses dois conceitos atinge quase 100% de satisfação, enquanto que pelo médico esses valores somam-se 64,3%. Possivelmente esta satisfação revelada não esteja associada à competência técnica e sim relacionada à facilidade da mulher ser atendida pelo mesmo gênero.

A enfermeira tem muito a contribuir na realização do preventivo, pois as mulheres relatam ter mais facilidade de realizar esse exame quando o profissional é do sexo feminino ⁽⁶⁹⁾.

Diante desses fatos, o enfermeiro é um profissional que deve possuir uma visão do cuidado holístico, inserindo a família e comunidade, atuando na promoção, prevenção, recuperação da saúde, contribuindo com a equipe multiprofissional ⁽⁷⁹⁾.

O profissional que realiza o elo entre usuário-equipe é o ACS, no entanto exige que estejam envolvidos com o trabalho em equipe, e (a pesquisa) evidenciou que as mulheres avaliam a atuação desse profissional como excelente em 34,1% e 51,2% como bom. Por esse conceito percebe-se a satisfação.

Desde a implantação da ESF, o MS vem incentivando a inserção de ACS, com a finalidade de contribuir na promoção e prevenção de doenças, atuando em parceria com a equipe multiprofissional, assim como fortalecer a capacidade da população no enfrentamento dos problemas de saúde, sendo um mediador das reais necessidades, melhorando a qualidade de vida por meio da promoção e prevenção ⁽⁸⁰⁾.

De acordo com o MS há necessidade de oferta de capacitação para profissionais da ESF, independente de sua função, direcionadas às necessidades da população. Por meio das capacitações, fica o ACS possibilitado de desenvolver competências para melhorar o atendimento em sua área de abrangência e fortalecer o vínculo com a comunidade. Dentre as habilidades adquiridas, o profissional será capaz de orientar as famílias, realizar visitas domiciliares e fornecer orientações relacionadas ao processo saúde-doença ⁽⁸¹⁾.

Em relação às orientações sobre os problemas de saúde e terapêuticas medicamentosas, formas adequadas que beneficiarão a cura, a satisfação foi revelada pelas mulheres. 62,6% classificam esse atendimento como bom e 29,1% excelente, embora seja um conceito considerável e relevante de avaliação da equipe e possivelmente contribuirá satisfatoriamente para o incentivo de manter ou melhorar a qualidade do serviço. Porém, há uma minoria insatisfeita, o que pode estar associado a não compreensão das informações por parte da usuária ou a forma que os profissionais estão conduzindo as informações, assim como a baixa escolaridade.

Ao avaliar a satisfação da mulher quanto à comunicação do resultado do exame papanicolaou, 58,1% as mulheres são convocadas para retornarem a ESF. Esse resultado indica satisfação quanto à devolutiva de sua situação de saúde, mas evidencia-se também que 41,9% revelam o contrário, denotando a necessidade de reorganização do serviço para as ações preventivas. Pois se houve procura pelo serviço, significa que a mulher se preocupa com a sua saúde, realiza o exame preventivo, não havendo devolutiva de sua saúde, o que pode gerar julgamentos que prejudicam a confiabilidade.

É de responsabilidade do enfermeiro, promover ações de educação em saúde, orientar as mulheres examinadas quanto à importância da realização do exame

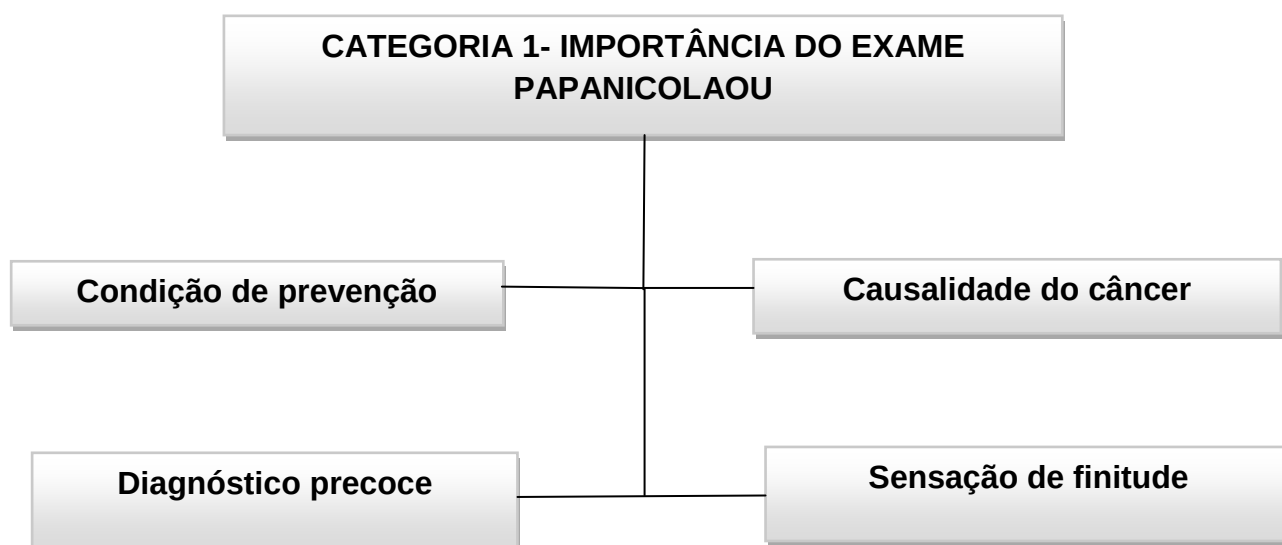
papanicolaou e retorno para resultado do exame. O não retorno torna necessário o rastreamento e busca ativa, nos casos em que o exame de papanicolaou resultou em alteração ou positividade para o câncer de colo uterino ⁽⁵⁸⁾.

Quanto ao eixo resolubilidade, o MS define como a capacidade que cada nível de atenção, dentro do limiar de sua competência, possui para enfrentar e solucionar os problemas de saúde apresentados pela população ⁽⁸²⁾.

A satisfação do usuário, por meio da resolubilidade, favorece a implementação de estratégias que possibilitem a melhora na qualidade da assistência pela reorganização do serviço ⁽⁸³⁾.

Uma porcentagem superior a 60% declara que o problema é solucionado nas unidades, porém 30,2% afirmam nem sempre e em 6,7% não é solucionado. Quanto à satisfação, relacionam ao atendimento eficiente, e por outro lado a insatisfação foi atribuída pela falta de vaga e ausência do médico. Esse fato pode estar relacionado com a falta de espaços de reflexão que promovam processos de autoconhecimento e empoderamento, integrando seu mundo emocional e afetivo ⁽⁸⁴⁾.

Este resultado sinaliza a necessidade de ampliação do espaço de atendimento à saúde da mulher, principalmente ao exame preventivo. Os profissionais de saúde necessitam reorganizar o serviço, propondo alternativas de conscientização quanto ao câncer de colo uterino e oportunizar quando há procura. Diante disso, cabe ao enfermeiro o papel de educador ao esclarecer peculiaridades do exame e desmitificar à usuária que esse atendimento tanto é realizado pelo enfermeiro quanto pelo médico.



A realização do levantamento acerca do conhecimento das mulheres permite avaliar e elaborar estratégias de prevenção do câncer de colo uterino, promovendo ao mesmo tempo uma melhor aproximação do serviço e incentivo para o autocuidado.

Nesta categoria as usuárias revelaram que conhecem a importância do exame preventivo, relacionando-o na maioria das falas como prevenção de enfermidades.

“Quanto mais antes descobrir melhor.” (M2)

“Porque há muitos problemas de câncer de colo de útero e mamas e através dele há a possibilidade de prevenção.” (M4)

“Muitas colegas minhas morreram porque não quiseram tirar o útero, é por isso que eu me previno.” (M11)

“Porque descobre mais rápido as enfermidades se surgirem.” (M12)

O desvelar do depoimento à seguir refere-se a condição de prevenção de câncer de colo uterino, mesmo sem denominá-lo.

“É um meio de saber como está a saúde da mulher e de prevenir doenças.” (M3)

“Porque evita muitas coisas. Não fico um ano sem fazer.” (M7)

Sabendo que o HPV está na causalidade do câncer de colo uterino, os depoimentos revelam possível associação.

“É um exame preventivo e auxilia a detectar doenças sexualmente transmissíveis.” (M5)

“Porque tem tantas doenças transmissíveis que podem acontecer e a gente não sabe.” (M16)

Mesmo na condição de ser um tratamento mais invasivo percebe-se por meio da fala que o exame permite o diagnóstico precoce de complicações pela necessidade da cirurgia de histerectomia:

“Sim. Porque temos que prevenir antes que encontre uma doença. Aí não tem mais jeito, tem caso na família, então faço todos os anos”.
(M14)

“Descobre logo as doenças, foi através do preventivo que tirei o meu útero.” (M17)

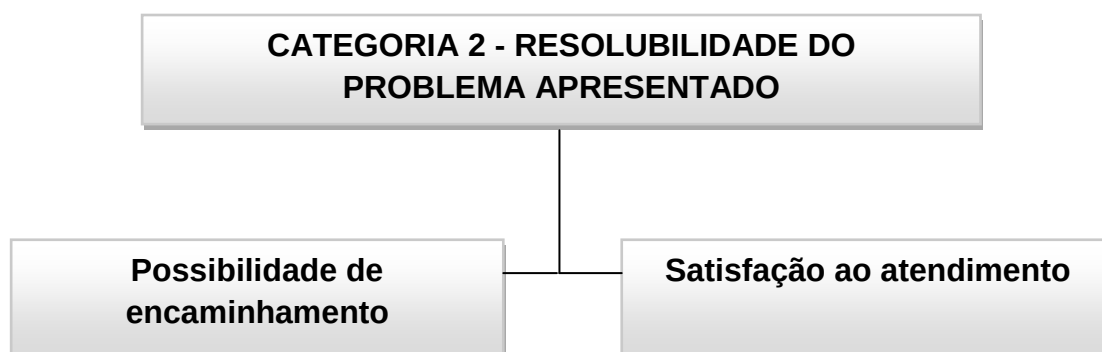
Quanto à sensação de finitude que o câncer atribui, é perceptível na fala das mulheres a preocupação quanto ao desenvolvimento da doença e percurso.

“Muitas colegas minhas morreram porque não quiseram tirar o útero, é por isso que eu me previno.” (M1)

“Porque antigamente muitas mulheres morreram por causa disso.”
(M18)

Sendo o CCU neoplasia com alta chance de cura quando diagnosticado precocemente ⁽⁸⁵⁾, estas mulheres revelaram que têm conhecimento, embora empírico, da necessidade do cuidado com a saúde e enfatizaram a importância da prevenção do câncer de colo uterino, incluindo outros agravos.

Por esses relatos certifica-se conhecimento satisfatório em relação ao exame pelas mulheres, entretanto cabe às equipes de saúde realizarem sistematicamente reuniões com as mulheres de sua área de abrangência, revelando a importância do exame preventivo, pois, por meio dessa iniciativa será possível promover estratégias de prevenção do câncer de colo uterino ⁽⁸⁾.



Quanto à categoria resolubilidade frente ao problema, foi identificado nos relatos das usuárias, satisfação quanto ao atendimento das necessidades apresentadas, citando a possibilidade de encaminhamento a consultas especializadas e solicitação de exames. Porém, a insatisfação foi desvelada nas falas podendo estar relacionada à ausência do médico, mudança da equipe ou vaga disponível para atendimento.

“Se for exame é mais demorado devido a burocracia” (M1)

“Às vezes por causa do horário de atendimento.”. (M3)

“Não. Pois não tinha vaga e tive que procurar outros recursos” (M6)

“... Nem sempre. Teve uma vez que precisei da médica para abrir um exame de mamas e ela nunca se encontrava, sendo que a enfermeira abriu-o e não conseguiu visualizar o nódulo que eu tinha na mama esquerda. Como estava sentindo dor, levei o exame para a Dr^a do Centro de Saúde e ela constatou o nódulo, me encaminhando para o mastologista.” (M15)

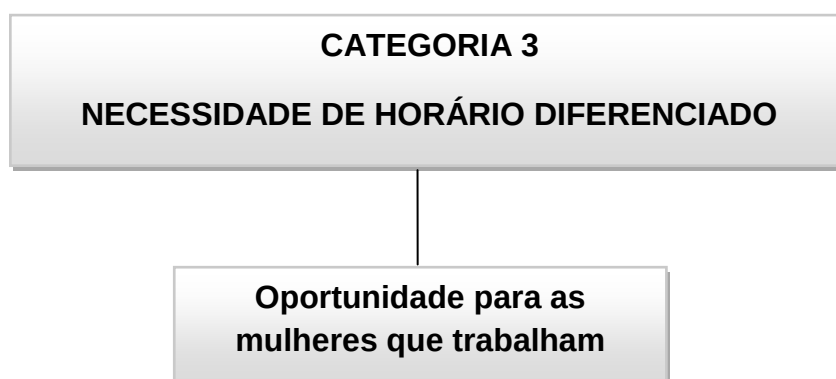
A dificuldade de manter o médico vinculado à equipe está relacionada com a possibilidade de obter melhor salário pela disponibilidade de oferta de trabalho em outros municípios, assim como o fato de o contrato trabalhista exigir uma dedicação exclusiva ⁽⁸⁶⁾.

Esse resultado nos remete à ideia de que as necessidades a serem resolvidas são referenciadas apenas ao médico e a encaminhamentos para especialistas,

demonstrando falta de conhecimento quanto aos papéis dos diferentes profissionais, principalmente enfermeiro, na capacidade de resolução de problemas.

Partindo do conceito de resolubilidade, a OMS considera a atenção básica, como porta de entrada do sistema de saúde, devendo resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde apresentados pela população ⁽⁸⁷⁾.

Portanto, torna-se necessário que as equipes de ESF tenham um olhar criterioso quanto ao acolhimento, haja vista que a resolubilidade é uma forma de avaliar a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde, devendo os profissionais repensar as práticas de assistência, com foco na qualidade do atendimento e satisfação do usuário. A compreensão por parte das mulheres usuárias, sobre o papel dos diversos profissionais que atuam nas equipes é fundamental para a solução dos problemas, o que muitas vezes requer apenas uma escuta qualificada.



Na categoria relacionada à necessidade de um horário diferenciado para a coleta, os dados qualitativos revelam que o mesmo está relacionado à necessidade de oportunidade para as mulheres que trabalham.

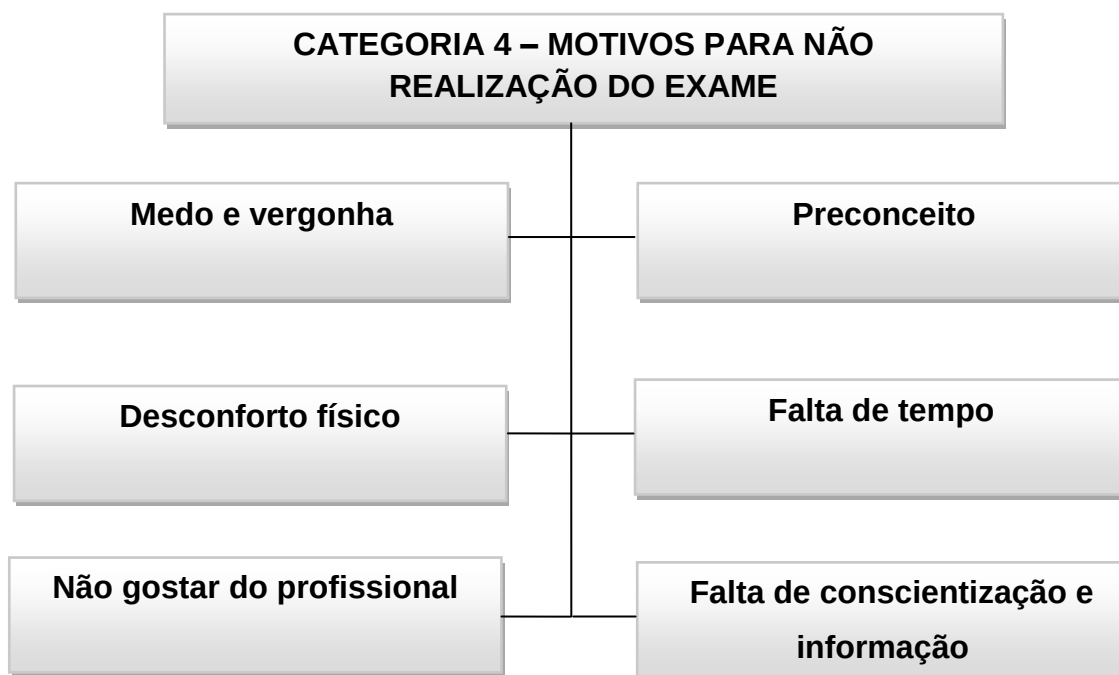
É necessário tornar-se compreensível à população a preconização do MS, em cumprir uma jornada semanal de 40 horas ⁽⁸⁸⁾, porém não é fator impeditivo para que as ESF elaborarem estratégias de atendimento diferenciado, direcionado a coleta do papanicolaou.

“Poderia haver pelo menos um mutirão para mulheres que trabalham.”

(M2)

“Pelos menos um final de semana por mês, para as pessoas que trabalham.” (M9)

“Sim, porque às vezes tem mulheres que trabalham e não têm tempo. Se não houver o horário diferenciado não faz exame e acaba não se prevenindo.” (M3)



As mulheres desvelaram como motivos para não realização do exame, o medo, vergonha, desconforto, falta de tempo, não gostar do profissional, falta de conscientização, preconceito, timidez e falta de informação.

É necessário que os profissionais de saúde levem em consideração as particularidades das mulheres, tratando-as com sensibilidade e compreensão, não esquecendo que muitas delas são tímidas, inibidas e carentes de orientações ⁽⁵⁵⁾.

“Não gosta do profissional. Por isso as mulheres não realizam certinho.” (M8)

“Por vergonha ou até mesmo medo de dar alguma alteração.” (M6)

“É um exame desconfortável, né? Mas precisa fazer e não tem saída.” (M10)

“É chato, porque lá no postinho as meninas comentam com outras pessoas o que encontrou na gente.” (M13)

Diante deste resultado é necessário que os profissionais de saúde encontrem formas de diminuir e até mesmo desmistificar estes sentimentos. Procurando demonstrar empatia e fazer com que a mulher se sinta mais confiante e confortável ao procurar a unidade para realização do exame de papanicolaou.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização dessa pesquisa possibilitou conhecer a satisfação das mulheres usuárias da ESF no que se refere à coleta de papanicolaou, nas três dimensões de avaliação propostas por Donabedian. O programa do município de Presidente Venceslau possui sete equipes de ESF, e de acordo com a percepção de satisfação das mulheres, apresenta necessidade de ajustes direcionados para a melhoria da qualidade da assistência com foco nos princípios e diretrizes do SUS.

Para tal, torna-se necessário o envolvimento de toda a equipe, com compromisso e responsabilidade, estabelecendo metas e objetivos com vistas à excelência organizacional, pois são fatores imprescindíveis na busca de soluções para os desafios. Portanto, para que isso ocorra é fundamental que o município adote uma gestão participativa, equilibrada, proporcionando segurança e autonomia para a equipe, facilitando o processo de trabalho e tornando-o melhor.

Identificou-se que dentre os nós críticos para a adesão à coleta do papanicolaou, estão a falta de conhecimento, fatores relacionados à organização do sistema e falta de profissionais, gerando escassez de informação. Tornam-se necessárias estratégias de educação em saúde, quer sejam reuniões de grupo, bate-papo em sala de espera, visita domiciliar e, sobretudo, na consulta de enfermagem.

Diante dos resultados de avaliação pela mulher usuária, a assistência nas diferentes ESF demonstra que cada equipe trabalha de forma isolada, obtendo sucessos e enfrentando desafios de forma solitária, não havendo interação e nem troca de experiências entre os grupos. O atendimento das necessidades das usuárias quanto à coleta do papanicolaou de forma sistematizada e com objetivo de unificar a assistência seguindo os princípios e diretrizes do SUS, seria um ideal para a melhoria do programa.

Urge a necessidade de capacitações multiprofissional, com foco na qualidade do atendimento, que possa sensibilizar a equipe quanto à necessidade do acolhimento, escuta qualificada e trabalho em rede.

O estudo permitiu realizar uma reflexão sobre o atendimento realizado, sendo necessárias ações direcionadas à saúde da mulher, a fim de torná-la uma aliada do serviço de saúde.

Diante dos resultados, percebe-se que as mulheres estão de certa forma satisfeitas com o serviço, porém ficou evidenciado que há necessidade de realização

de avaliações somativas pelas equipes, quanto ao atendimento, de forma contínua, pois viabiliza-se estratégias de prevenção e combate ao CCU, ao mesmo tempo que oportuniza um espaço de escuta com criação de vínculo entre profissional e mulher usuária. Faz-se necessário que sejam ampliados estudos e divulgados os resultados encontrados para o município estudado, por meio da gestão, com o objetivo de auxiliar no aperfeiçoamento e na qualidade da assistência, segundo as dimensões de Donabedian, avaliados pela mulher usuária da ESF.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino e de Mama. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer/PROONCO, 1996.a.
4. Amorin VMSL, Barros MBA. Fatores relacionados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Publ. 2006;22(11):2329-38.
5. Oliveira MM, Pinto IC. Percepção das usuárias sobre ações de prevenção de colo de útero na estratégia saúde da família em uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Rev Bras Saúde Mat Infant. 2007 Jan/Mar; 7(1):31-8.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde da Mulher. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 1996. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2009/versaofinal.pdf>. Acesso em 20/05/2013.
7. Smeltzer SC, Bare BG.. Brunner & Suddarth - tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

8. Marana HRC, Duarte G, Quintana SM. Fatores de risco para recidiva após tratamento de lesões provocadas pelo HPV no trato genital feminino. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1999;21(4):201-205.
9. Andrade CJ. Avaliações econômicas do uso da vacina contra o Papilomavírus Humano (HPV) em meninas adolescentes: uma revisão sistemática [dissertação]. Rio de Janeiro: Centro Biomédico Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010. Disponível em <http://www.academicoo.com/artigo/avaliacoes-economicas-do-uso-da-vacina-contr-o-papilomavirushumano-hpv-em-meninas-adolescentes-uma-revisao-sistemica>. Acesso em 04 novembro 2012.
10. Novaes HM, et. al. Avaliação tecnológica de vacinas para a prevenção de infecção por papilomavírus humano (HPV): estudo de custo-efetividade da incorporação de vacina contra HPV no Programa Nacional de Imunizações/PNI do Brasil. Estudo promovido pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Ministério de Ciência e Tecnologia (MCT). Julho 2011.
11. Parkin DM, Bray F. Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. *Vaccine* 2006; 24(Suppl 3): S11-25.
12. Tejeda MDD, Velasco MS, Gómez-Pastrana Nieto F. Câncer de cuello uterino: estado actual de las vacunas frente al vírus del papiloma humano (VPH). *Oncología* 2007; 30 (2): 42-59. [citado em 2009 nov 18]. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S037848352007000200002&script=sci_arttext
13. Irazabal LC. Vacuna contra el vírus del papiloma humano (VPH)? Cuál será su impacto en Venezuela? *Revista de la Facultad Ciencias de la Salud* 2007; 11(2):3-6.

14. Fontana RT. Fatores geradores de (in)satisfação no trabalho do (da) enfermeiro(a): um olhar do estudante de enfermagem. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2009 [acesso 2013 Nov. 13];8(3):337-44. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9014/4999>.
15. Varughese J, Richman S. Cancer care inequity for women in resource-poor countries. Rev Obstet Gynecol. 2010 Summer;3(3): 122-32.
16. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2009.
17. Tuoto, E.A. "George N. Papanicolau (Biografia)" In: Biografias Médicas By Dr Elvio Tuoto (Internet). Brasil 2006. Disponível em: <http://medbiography.blogspot.com/2006/07george-n-papanicolau-ouor-papanicolau.html>
18. SES-SP (Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo),1998. Estratégias para Redução da Mortalidade por Câncer de Colo do Útero no Estado de São Paulo. São Paulo: Grupo de Assessoria Técnica em Saúde, Coordenação de Planejamento em Saúde.
19. Manual de procedimentos técnicos e administrativos. Coleta do Papanicolaou e ensino do auto-exame da mama. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer e Secretaria de Estado da Saúde, 2004.
20. Donabedian A. Garantía y monitoria de la calidad de La atención médica: un estudio introductorio. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 124 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 13); (Série A. Normas e manuais técnicos).

22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Control. Knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Switzerland: WHO, 2007. Disponível em: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2013.
23. Fonseca RMGS, Chiesa AM, Oliveira MAC. A praxis da enfermeira na prevenção do câncer ginecológico num contexto de integração docente assistencial. Rev Esc Enferm USP 1994; 28(3): 321-31.
24. Gesteira SMA, Lopes RLM. Ano 2000 e o câncer cérvico-uterino ainda é um problema de saúde pública no país. Rev Baiana Enferm 2000; 13(1/2): 93-101.
25. MOURA, A.D.A. et al. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolau: subsídios para a prática de enfermagem. Rene, v.11, n.1, p.94-104, jan/março. 2010.
26. Fernandes RAQ, Narchi NZ. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. Rev Bras Cancerol 2002; 48(2): 223-30.
27. Lopes RML. A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvico-uterino. Rev Enferm UERJ 1998; 2(2): 165-70.
28. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2002.
29. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciênc Saúde Colet. 2006 julho/ setembro; 11(3):683-703.

30. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad Saúde Pública* 1998 abril-junho; 14(2):429-35.
31. Gaiosio VP, Mishima SM. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. *Texto Contexto- Enferm.* 2007 October/December; 16(4):617-25.
32. Shimizu HE, Rosales C. Family perspective on a family care program. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008 October; 16(5):883-8.
33. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1980.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
35. Instituto Brasileiro de Geografia. Banco de dados. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.html>. Acesso em 20 de abril de 2013.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
37. Donabedian, A. "Some Issues in Evaluating the Quality of Nursing Care" *American Journal of Public Health.* 1981; 71(4): 409-12.
38. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

39. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev. Bras. Enferm 2006 jan-fev; 59(1): 84-8.
40. Glaser, BG; Strauss, A. The discovery of grounded theory. New York: Aldine Publishing, 1967.
41. Thiry-Cherques, HR. Saturação em Pesquisa Qualitativa: Estimativa Empírica de Dimensionamento. Af-Revista PMKT 03 Completa 4 cores: Layout 1 10/9/09 4:08 PM Page 21.
42. Tribble, DSt-Cyr; Saintonge, L. Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative: quelques questionnements. Recherches Qualitatives, v. 20, 1999 [113-125].
43. Merhy EE, Franco TB. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? Saúde em Debate. 2002 abril; 26(60):118-22.
44. Renata L, Walisete AGR. Programa Saúde Da Família: A Construção De Um Novo Modelo De Assistência. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6):1027-34
45. CONASS, Conselho Nacional de Secretários. Atenção Primária, seminário para a estruturação de consensos. Série CONASS documenta, caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília, n. 2, 2004.
46. _____. Ministério da Saúde. Portaria 1.329 de 12 de novembro de 1999.
47. Ruffino-Netto, A.; Villa, T. C. S. Tuberculose: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil histórico e peculiaridades regionais. Instituto Milênio rede brasileira de pesquisas em tuberculose, pág. 1-210, 2006.
48. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125. jan-mar. 2003c.

49. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out.2011. Seção 1, pt1.
50. Galvão, L; Díaz J(org.) Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios - São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. Normas do Programa de Imunização. São Paulo, 2000.
51. Ramos, DD.; Lima, MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde da Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 133 v.19, n.1, p. 27-34, jan./fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf> Acesso em: 28 ago. 2013.
52. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
53. Parada R; Assis M; Silva RCF; Abreu MF; Silva MAF; Dias MBK; Tomazelli JG. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. Rev. APS, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008
54. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).
55. Ferreira, MLSM. Motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 378-84

56. Domingos ACP, Murata IMH, Pelloso SM, Schirmer J, Carvalho MDB. Câncer do colo do útero: comportamento preventivo de autocuidado à saúde. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2007; 6 (Suppl 2):S397-403.
57. Merighi MAB, Harmano L, Cavalcante LG. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. *Rev Esc Enferm USP* 2002; 36(3): 289-96.
58. Rocha BD; Bisognin P; Cortes LF; Spall KB; Landerdahl MC; Vogt MSL. Exame De Papanicolau: Conhecimento de Usuárias de Uma Unidade Básica de Saúde. *Rev Enferm UFSM* 2012 Set/Dez;2(3):619-629
59. Nascimento LC; Nery IS; Silva AO; Conhecimento Cotidiano de Mulheres sobre a Prevenção do Câncer de Colo do Útero. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012 out/dez; 20(4):476-80.
60. Bosh FX, Sanjosé S. Human papillomavirus and cervical cancer – burden and assesment of causality. *Journal of National Cancer Institute Monographs* 2003; 31: 3-13.
61. Vasconcelos CTM; Pinheiro AKB; Castelo ARP; Costa LQ; Oliveira RG. Conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.19 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2011
62. Stencil, A.C.B.; Misoczky, M.C.; Oliveira, A.I. Satisfacción de los usuarios de los servicios públicos de salud. In: MISOCZKY, M.C.; BORDIN, R. (ORG.). *Gestión Local de Salud: Práctica e Reflexiones*. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2005, cap. 5, p. 91-106.
63. _____. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica – Programa Saúde da Família – A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

64. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. 48p.
65. Canabarro IM, Hahn S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. Epidemiol Serv Saúde. 2009; 18:345-55.
66. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. 82 p.
67. Santos, SMS. Estratégia saúde da família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário [manuscrito] / Simone Maria Silva Santos. 2008. 141 f., enc. il.
68. Junges, J. R. et al. Processos de trabalho no programa saúde da família: atravessamentos e transversalidades. Revista da Escola de Enfermagem – USP, 2009, v. 43, n. 4, p. 937-944, 2009.
69. Barbosa, LR; Melo MRA; Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. Rev. bras. enferm. [online]. v.61, n.3, p. 366-370. 2008.
70. Senna, MCM; Costa AM; Silva LN. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. Sociedade em Debate, Pelotas, 16(1): 121-137, jan.-jun./2010
71. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Alerta para o câncer de colo do útero no Rio de Janeiro. Anais do 2º Congresso Internacional de Controle de Câncer- ICCC; 2007 nov 25-28; Rio de Janeiro(RJ): INCA; 2008.

72. Gérvas, J; Fernández, MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. Rev Bras Epidemiol. v. 9, p. 147-9, 2006.
73. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
74. Pinho AA, França Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. Cad Saúde Pública. 2003; 19 (suppl 2): S303-13.
75. Ceron, M. Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. Disponível em: www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/.../Unidade_17.pdf. Acesso em: 29 set. 2013.
76. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface Comun Saúde Educ. 2004-2005;9(16):9-24.
77. Shimizu HE, Dytz JLG, Lima MG, Moura AS. A prática do auxiliar de enfermagem do programa de saúde da família. Rev Latinoam Enferm. 2004;12(5):713-20.
78. Ogata, MN; França, Y. Atuação do auxiliar de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Acta paul. enferm. vol.23 no.4 São Paulo 2010
79. Teixeira, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.
80. Frazão, P; Marques, DSC. Influência de Agentes Comunitários de Saúde na Percepção de Mulheres e Mãe sobre Conhecimentos de Saúde Bucal. Cienc – Saúde Coletiva. , v. 11, n. 1, p. 131-144, 2006.
81. Silva, PR. Ribeiro, GTF. ACS: Elo de ligação entre comunidade carente e a ESF. Vita et Sanitas, Trindade-Go, n. 03, jan.-dez./2009

82. Brasil, Ministério da Saúde. NOAS/SUS 01/2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde. Brasília, 2001.
83. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):345-51.
84. Cestari MEW, Zago MMF. A atuação da enfermagem na prevenção do câncer na mulher: questões culturais e de gênero. Cienc Cuid Saude 2012; 11(suplem.):176-182
85. World Health Organization. Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. Rev Panam Salud Publica. 2002 Nov;12(5):366-70
86. Pinto, ESG. Dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a Estratégia de Saúde da Família [dissertação] Natal: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.
87. Leyvia-Flores, R; Ervite-Erice, j; Kageyama-Escobar, ML; Arredondo, A. Prescripción, acceso y gasto em medicamentos entre usuarios de servicios de salud em México. Salud Pública Méx 1998; 40:24-31.
88. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [legislação na Internet]. Brasília; 2006. [citado 2008 jul. 20]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf

APÊNDICE

A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Pesquisadora: Maria Paula Soares Pozati

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade da assistência pela usuária do ESF ao exame citopatológico.

Eu, Maria Paula Soares Pozati, enfermeira, mestranda do curso de Pós-graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu, telefone (14) 3813-5264, portadora do CPF 980.092.067-68, RG 50.189.284-9, estou convidando a senhora para participar de forma voluntária com este estudo que vou desenvolver cujo título é: Avaliação da qualidade da assistência pela usuária do ESF ao exame citopatológico que pretende avaliar a satisfação da usuária das Estratégias de Saúde da Família (ESF), no que se refere ao exame citopatológico.

Será realizada uma entrevista com a senhora que terá um questionário para ajudá-la nas respostas, com duração de mais ou menos 30 minutos. O questionário tem algumas perguntas que a senhora falará a sua opinião, e para que eu não perca nenhuma informação, solicito a sua permissão para que seja gravada as suas respostas, me comprometendo a utilizar as informações somente para o estudo e que serão destruídas depois de utilizadas na pesquisa. Serão mantidos sigilo e anonimato, em conformidade com o previsto na Resolução 196 /96 do Conselho Nacional de Saúde (1996), sobre pesquisas com seres humanos. Informo que a senhora tem a garantia do acesso em qualquer etapa do estudo sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Também é garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento e a senhora pode deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo no atendimento atual e futuro na Unidade de Saúde. A senhora tem o direito de conhecer os resultados parciais e finais da pesquisa, e caso eu seja solicitada, darei todas as informações que a senhora desejar. Não existirão despesas ou compensações pessoais para nenhuma participante em qualquer fase do estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Esta pesquisa não prejudicará a senhora em nenhum momento; qualquer informação adicional pode entrar em contato com a pesquisadora. Anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida, que será realizado em duas vias, sendo que, uma via deste consentimento ficará com a senhora e outra comigo.

Eu, _____, abaixo assinado, após ter lido e entendido as informações e esclarecido minhas dúvidas referentes ao estudo que será realizado pela mestranda Maria Paula Soares Pozati, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE** em participar do mesmo.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da participante

Maria Paula Soares Pozati

UNESP – Campus de Botucatu – Faculdade de Medicina

Botucatu – SP – Rubião Junior – CEP 18618-000

Fone: (18) 3272-2098

mpspozati@terra.com.br

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa por meio do telefone: (14) 3811-6143

B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Entrevista nº _____

AValiação Sócio-Econômico-DEMOGRÁFICO

ESF _____ MA/F _____

2 – Tempo de residência na área _____

3 – Sexo

☐ F

☐ M

4 – Idade _____ anos

5 – Escolaridade

☐ não alfabetizado

☐ fundamental incompleto ☐ superior incompleto

☐ fundamental completo ☐ superior completo

☐ médio incompleto ☐ Pós Graduação incompleta

☐ médio completo ☐ Pós Graduação completa

6 – Renda Familiar _____

☐ Menos de 1 salário mínimo

☐ 1 a 3 salários mínimos

☐ 4 a 6 salários mínimos

☐ 7 a 11 salários mínimos

☐ Mais de 11 salários mínimos

7 – Possui plano/convênio de saúde?

☐ Sim. Qual? _____ Nº de pessoas cobertas _____

☐ Não

8 – Utiliza os serviços públicos de saúde do Município?

☐ Sim. Qual(is)? _____

☐ Não

9 – Teve ao menos uma experiência de atendimento na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir do último semestre do ano de 2012?

☐ Sim

☐ Não

10 – Quais serviços utiliza na Estratégia de Saúde da Família

() consulta médica agendada () Grupos educativos

() consulta medica eventual/urgência () Visita domiciliar

() consulta de enfermagem () Puericultura

() Preventivo () Procedimentos (PA, vacinas, curativo)

() Outros – Especificar

11– Você acha importante a realização do exame de Papanicolau?

Não () Sim ()

Por que?

12– Com que frequência você realiza o exame de Papanicolau:

() De 6 em 6 meses

() Anualmente

() De 2 em 2 anos

() Raramente

() Nunca realizou

13 – Existe algum cuidado necessário antes de realizar o exame de Papanicolau?

Não () Sim ()

Qual

Descreva a assistência à saúde e a organização dos serviços de saúde oferecida na unidade de ESF.

ESTRUTURA

Como você percebe a infra-estrutura disponível na ESF? Você poderia descrever.

O que importa saber:	Estado de conservação da ESF em relação a limpeza, mobília, conforto, organização, espaço físico, presença de escadas e rampas (acesso) e equipamentos (funcionamento e quantidade)
	Privacidade no atendimento
	Disponibilidade de procedimentos e espaço físico adequado

Como você classificaria:

1 – A aparência física da ESF? (percepção visual, sonora, olfativa, limpeza, conforto, nº, tamanho e distribuição de salas)

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo

2 – Em relação a qualidade e quantidade dos equipamentos para coleta do papanicolaou? (Ex: mesa ginecológica, cadeiras, espelhos descartáveis, lâminas, etc.)

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo

3 – Disponibilidade de medicações (pomadas, cremes ginecológicos, anticoncepcionais)?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo

4- Disponibilidade para realização procedimentos ginecológicos, cauterização, colocação e retirada de DIU, exame de gram, colposcopia.

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo

ACESSIBILIDADE

Como você percebe a acessibilidade dos serviços oferecidos na ESF? Você poderia me descrever? O que importa saber:	Barreira geográfica: local instalado, distância e tempo da ESF de sua moradia, meio de transporte utilizado, presença de barreiras geográficas (ladeiras, morros, rios, etc.).
	Barreira organizacional: horário de funcionamento da ESF, tempo de espera para agendar consulta médica, tempo de espera para atendimento

	eventual/urgência, tempo de espera para atendimento de especialidades e exames, tempo de espera para realização de procedimentos.
	Barreira sócio-cultural: dificuldade de comunicação com a ESF. Sente vergonha de expor seus problemas, desvalorização de crenças, falta de credibilidade nos serviços.

1. Sobre o tempo que você aguarda na sala de espera para consulta de papanicolaou
 - a. ☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo
2. Tempo gasto na coleta do papanicolaou realizada pelo médico?
 - a. ☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo
3. Tempo gasto na coleta de papanicolaou realizada pela enfermeira?
 - a. ☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo
4. Acesso a exames complementares? (mamografia, ultrassonografia de mama e ginecológica)
 - a. ☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo
5. Acesso a encaminhamentos para consulta especializada? (ginecologista, mastologista.)
 - a. ☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo
6. Acesso a consulta agendada:
 - a. ☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo
7. Acesso a consulta eventual/urgência:
 - a. ☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo
8. Você considera o horário de atendimento da ESF para coleta do papanicolaou?
 - a. ☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo
9. Você considera necessário o atendimento para coleta em horário diferenciado (ex. período noturno e fins de semana)?
10. ☐ Sim ☐ Não

11. Por que?

12. Como você classifica a distância da ESF de sua casa? (tempo de deslocamento, meio de transporte utilizado)

☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo

13. Em relação ao agendamento para coleta do papanicolaou. Você considera o tempo como:

☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo

PROCESSO

Como você percebe o relacionamento existente entre ESF e você? Você poderia descrever.

Como você percebe o relacionamento existente entre ESF e você (usuário)? O que importa saber:	Relacionamento interpessoal como: cordialidade, gentileza, atenção, preocupação, demonstração de interesse e responsabilidade pelas queixas, respeito, vínculo, amizade, confiança, carinho, liberdade para conversar assuntos íntimos.
--	--

1 – Capacidade de comunicação com os membros da equipe? (expor problemas frente a crenças, valores)

☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo

2 – Atendimento por parte dos técnicos ou auxiliares de enfermagem?

☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo

3 – Atendimento por parte da enfermeira?

☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo

4 – Atendimento por parte do médico?

☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo

5 – O trabalho exercido pelos Agentes Comunitários de Saúde?

☐ excelente ☐ bom ☐ regular ☐ ruim ☐ péssimo

6 – Explicações oferecidas pelos profissionais da ESF quanto a doença, tratamento, medicações, exames, encaminhamentos?

() excelente () bom () regular () ruim () péssimo

7- Você é comunicada quanto ao resultado do exame para comparecer na ESF?

() Sim () Não

8- Em caso afirmativo, qual a o profissional que comunica?

() ACS

() Auxiliar de enfermagem

() Enfermeira

() Médico

() Outros: _____

RESOLUTIVIDADE

1 – Quando você procura a ESF e é atendido você consegue ter seu problema resolvido? Explique para mim.

2 - Na sua opinião, porque algumas mulheres se recusam a realizar o exame de papanicolaou:

C - ORÇAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: Avaliação da qualidade da assistência pela mulher usuária da ESF ao exame citopatológico

Pesquisador Responsável: Maria Paula Soares Pozati

Fonte(s) dos recursos (Instituição ou pessoa): Recurso próprio

MATERIAL DE CONSUMO	QUANTIDADE	VALOR EM R\$
Folha A4	1000	28,00
Tonner impressora Samsung	01	100,00
DESPESAS COM SUJEITOS DA PESQUISA		
Combustível	55litros	130,00
TOTAL		258,00

Presidente Venceslau, 28 de outubro de 2012.

Maria Paula Soares Pozati
Pesquisador responsável
CPF 980.092.067-68

Profª Drª Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira
Orientadora
CPF

ANEXO



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 03 de Dezembro de 2012

Of. 575/2012

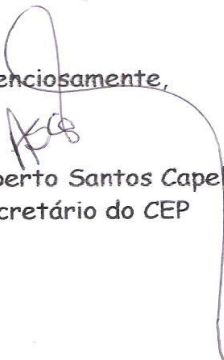
Ilustríssima Senhora
Profª Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª Maria de Lourdes,

De ordem do Senhor Coordenador, informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4432-2012) "*Avaliação da qualidade da assistência pela usuária do ESF ao exame citopatológico*", a ser conduzido por Maria Paula Soares Pozati, orientado por Vossa Senhoria, co-orientado por Jairo Aparecido Ayres, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03/12/2012.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP