

SATISFAÇÃO DA MULHER NA COLETA DE PAPANICOLAOU EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SATISFACTION OF WOMEN FOR THE PAP SMEAR IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

MARIA DE LOURDES DA SILVA MARQUES FERREIRA^{1*}, MARIA PAULA SOARES POZZATTI², SILMARA MENEGUIN¹, FERNANDA CARDOSO MOERBECK MAZZETTO², TAMIRES CORRÊA DE PAULA³, CARLA REGIANI CONDE²

1. Enfermeira, Prof Ass Dr - Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, FMB, UNESP; 2. Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação mestrado e doutorado acadêmico do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP; 3. Enfermeira, mestre em enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional do Departamento de enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu<UNESP.

* Campus Universitário, Distrito de Rubião Junior s/n Botucatu – SP CEP 18618-970 malusa@fmb.unesp.br

Recebido em 10/09/2016. Aceito para publicação em 19/10/2016

RESUMO

Objetivo: avaliar a satisfação das mulheres em relação à coleta do exame citopatológico na Estratégia de Saúde da família. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa quantitativa, cujos dados foram descritos e analisados de acordo com a avaliação proposta Tanaka (2011) e a abordagem sistêmica Donabedian (1993). Participaram 281 mulheres inscritas na estratégia de saúde das unidades de saúde da família do município. **Resultados e discussão:** os resultados mostraram revisões regulares para a qualidade e quantidade de equipamentos (21,3%), e da disponibilidade de 36,2% para procedimentos ginecológicos e necessidade de horários alternativos para a coleta (55,1%). Em 59,4% das mulheres nunca tinha marcado consulta de enfermagem e a enfermeira é essencial em ações preventivas. **Conclusão:** as unidades devem incorporar integridade e estabelecer uma padronização entre as unidades de programa para ter sucesso e enfrentar desafios em solidariedade.

PALAVRAS-CHAVE: Satisfação, estratégia de saúde da família, papanicolaou

ABSTRACT

Objective: to evaluate the satisfaction of women in relation to the collection of citopatology in Health Strategies family. **Methodology:** it is a quantitative survey, whose data were described and analyzed according to the proposed assessment Tanaka (2011) and to systemic approach Donabedian (1993). Participated in 281 women enrolled in the units health strategy of the family of the county. **Results and discussion:** The results showed regular reviews for quality and quantity of equipment (21.3%), and 36.2% availability for gynecological procedures and need for alternative times for collection (55.1%). In 59.4% of women have never had scheduled nursing consultation, and the nurse is essential in preventive actions. **Conclusion:** the

units must incorporate completeness and establish standardization between the program units to succeed and face challenges in solidarity.

KEYWORDS: Satisfaction, family health strategy, papanicolaou

1. INTRODUÇÃO

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 sócio econômico baixo e na faixa etária reprodutiva¹.

No Brasil, estima-se que o câncer do colo do útero seja a terceira neoplasia maligna, responsável pela morte de mulheres, 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 2013¹. Sua frequência é variável conforme a região, sendo o Norte que ocupa o primeiro lugar, Centro-oeste e Nordeste – segundo; Sudeste – terceiro e no Sul a quarto. Considerando-se somente a população feminina que está em segundo lugar e representa aproximadamente 15 % de todos os tipos de câncer¹.

As taxas de incidência e mortalidade não têm ocorrido mudanças significativas, mesmo após a implantação do programa da mulher bem como a ampliação da cobertura do exame de Papanicolaou, sendo, portanto, um desafio a implantação de estratégias efetivas, nos países em desenvolvimento².

Se efetivo o programa de prevenção de câncer de colo uterino (CCU), há uma alta eficácia na redução da

incidência e mortalidade por CCU.

Na Espanha, com a aplicação de políticas oportunistas, não surgiu efeitos positivos para diminuição da doença, sendo que, para o grupo de mulheres de 45 a 52 anos, houve um ligeiro aumento³.

De acordo com o panorama existente é preciso políticas públicas eficazes para que se possam ter resultados positivos na prevenção do câncer de colo uterino⁴.

Nos Estados Unidos o câncer é considerado uma doença devastadora com significativo impacto na Saúde Pública. Em relação ao câncer cervical é uma importante causa de morbidade e mortalidade entre as mulheres. Em 2011, mais de 12.000 mulheres foram diagnosticadas com câncer cervical, sendo que 4092 mulheres morreram da doença⁵. A implementação generalizada de triagem com o Teste de Papanicolaou, diminuiu o número de casos diagnosticados e o número de mortes de câncer do colo do útero ao longo dos últimos 40 anos. A sobrevivência de cinco anos é de 48,5% para as mulheres com idade superior a 65 anos de idade⁶.

De acordo com o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, o serviço de prevenção dos Estados Unidos e a Sociedade Americana de Câncer, as mulheres de risco médio de 30 a 65 anos, devem fazer citologia e o teste para HPV⁷.

Dados da Espanha revelam que a partir de 2008 foi realizado um novo protocolo, e neste considerou-se uso da citologia e a determinação do HPV para o diagnóstico precoce do câncer de colo uterino⁸.

Se a prevenção e detecção precoce não forem efetivadas, o diagnóstico será tardio, e isso refletirá no acesso aos serviços e também na carência na quantidade e qualidade de serviços oncológicos.

Com base nessas reflexões é fundamental que a assistência à mulher seja avaliada pelas usuárias do serviço, principalmente em relação à coleta do papanicolaou, e os motivos que levam as mesmas decidirem pela adesão ao exame, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a satisfação da usuária no que se refere à coleta do exame citopatológico na ESF.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, desenvolvido em sete unidades de Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do estado de São Paulo, em 2013. Fizeram parte do estudo, 281 mulheres com idade entre 20 e 59 anos e com pelo menos uma experiência de atendimento na ESF anterior.

O cálculo amostral foi realizado considerando que a satisfação das mulheres em relação ao serviço é desconhecida (50%), uma confiabilidade de 95% e margem de erro de 5%. A amostra foi estratificada em 07 estratos e todas as unidades foram contempladas com representantes amostrais. Foi utilizado para análise dos dados a proposta de avaliação de Tanaka (2011)⁹ que tem como

princípio a abordagem sistemática de Donabedian (1993)¹⁰. As informações foram obtidas por meio de um questionário semi-estruturado, com a maioria das questões fechadas, aplicado diretamente à mulher por uma das pesquisadoras.

Os critérios selecionados para a avaliação do **eixo estrutura** foram divididos em dois grandes componentes: planta física e acessibilidade.

Donabedian (1993)¹⁰ distingue duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica e indica que essas dimensões se inter-relacionam. Acessibilidade sócio-organizacional: inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços. Por exemplo: políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstica. Acessibilidade geográfica: relaciona-se à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros.

Assim, no componente da acessibilidade foram incluídos: recursos materiais, equipamentos; exames complementares, horário de atendimento, tempo gasto na coleta do teste de papanicolaou; recursos humanos; disponibilidade de medicamentos, disponibilidade para procedimentos ginecológicos e acessibilidade geográfica – distância da ESF e a residência e convocação para os resultados.

As variáveis para caracterização do ambiente físico foram: dependências básicas (existência de sala de recepção ou espera, consultório médico e de enfermagem, sala de procedimentos, sala de curativo, expurgo e dois sanitários); copa; Serviço de Arquivos Médicos e de Estatística (SAME); almoxarifado, esterilização; sala de reunião; abrigo de resíduos sólidos e farmácia. Os critérios incluídos no componente da estrutura física foram obtidos por meio da observação direta da estrutura como as condições de conservação (ventilação, iluminação e umidade) e higiene das dependências. Para a avaliação foi considerado o juiz de valor definido como nível bom, ruim e péssimo.

Foram considerados como recursos materiais os equipamentos e insumos necessários ao desenvolvimento das ações de atenção primária na assistência ginecológica. Todos os recursos foram classificados quanto à existência e suficiência para uso na coleta de papanicolaou. As variáveis utilizadas foram: equipamentos básicos ginecológicos (foco, mesa ginecologia, espéculos ginecológicos), luvas de procedimentos, espátula de Ayre, lâmina, fixador e lugol. Quanto aos insumos, as variáveis foram: medicamentos, formulários e fichas de atendimento, equipamento de proteção individual (EPI).

Para caracterização da mulher entrevistada, as variáveis independentes foram:

Variáveis sócio-demográficas: idade, tempo de resi-

dência na área de abrangência, escolaridade, renda familiar mensal per capita.

Variáveis de comportamento relacionadas à saúde: realização do exame de papanicolaou e frequência, posse de plano de saúde, utilização de serviços públicos de saúde do município, experiência de atendimento na Estratégia de Saúde da Família anterior à entrevista.

A variável dependente foi definida como a **satisfação da mulher** em relação à assistência prestada na coleta do exame de papanicolaou nas Unidades de Saúde da Família, sendo esta, o foco do objetivo do estudo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Paulista-Unesp-Botucatu, conforme Protocolo CEP 4432-2012.

3. RESULTADOS

Para caracterização das mulheres 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.

Dentre as 281 mulheres amostra deste estudo, observou-se que a maioria destas estava na faixa etária de 20 a 39 anos, com 147 mulheres, se igualando as outras duas subdivisões, indo de 40 a 59 anos de idade, com 134.

Quanto à formação 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 exame como relevante para a saúde, com predomínio de realização anual em 79,7% correspondente a 224 mulheres, bianual 22 (7,8%) e 21 (70%) realiza raramente. Dentre o total de mulheres da amostra, 89,3% conhecem os cuidados prévios ao exame. Outro achado importante foi que 167 mulheres perfazendo um percentual de 59,4% nunca haviam agendado consulta de enfermagem e tampouco da visita domiciliar.

Quanto ao eixo estrutura física das ESF avaliado, houve predomínio do conceito bom (60,8%), 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%, bom em 27%, ruim em 17,7% e em 11% como péssimo. Quanto ao tempo de espera na sala, conceituaram (44,4%) bom, (17,7%) excelente e (13,1%) regular.

Quanto ao tempo gasto para o procedimento da coleta realizada pelo profissional médico, prevaleceu o con-

ceito bom (39,5%) e (12,8%) excelente. Se o procedimento for realizado por enfermeira, a conceituação boa aparece em 60,8% e em 21,7%, excelente.

Ter acesso aos exames complementares, a maioria, numa percentagem de 47,6% classifica bom, bem como os encaminhamentos para especialidades.

Identifica-se ainda que, o horário de atendimento para coleta do papanicolaou, foi avaliado como bom em 70,1% das mulheres. 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%.

Em relação ao eixo processo foi avaliado quanto a convocação pela ESF para o resultado do exame, havendo predomínio entre as entrevistadas que a comunicação do resultado do exame é satisfatória em 58%, porém 41,9% referem não receber tal convocação e em uma porcentagem de 53,7% dessas convocações são realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

Quanto à resolubilidade frente ao problema apresentado, as mulheres declararam que, ao procurarem o serviço com queixas ginecológicas, 62% relataram que há resolubilidade, e em 30,2% referem que às vezes resolve e 6,7% referiram que os problemas ficaram sem solução.

4. DISCUSSÃO

A escolha dessa abordagem de avaliação permitiu e facilitou a sistematização do processo de avaliação, sendo uma escolha intencional, tendo em vista o objeto da avaliação e considerando as distintas abordagens metodológicas disponíveis¹¹. Em sendo esta proposta, iniciou-se pelo processo, pois este se constitui um componente essencial para concretizar as ações de saúde por meio da interação com o usuário. Esta interação constituiu-se no espaço em que as ESFs levam em conta o contexto de vida dos usuários. Resultante dessa avaliação, a instituição poderá realizar ajustes no processo para garantir a acessibilidade que potencializará a Unidade de Saúde como porta de entrada do SUS. Assim, a mobilização de recursos, deve ser destinada a realizar os ajustes no processo, de forma dinâmica e oportuna, não necessitando aguardar o feedback de resultados.

No que se refere à capacidade de comunicação com os membros da equipe de forma geral, esta foi avaliada pelas mulheres como boa em 63,3%, e na indicação por profissional essa avaliação obteve diferenças em seus conceitos. Referentes aos técnicos e auxiliares de enfermagem o conceito bom foi atribuído em 50% e apresentou uma porcentagem na conceituação de regular (13,1%). O enfermeiro obteve uma avaliação de excelente em 62,2%, sendo que para o médico esse conceito foi em 28,6%. O enfermeiro é o responsável pelo planejamento e organização dos cuidados a serem prestados, e

esses resultados mostram que ao realizar a consulta de enfermagem refere a prevenção do câncer de colo uterino, uma maioria das mulheres ficam satisfeitas, porém o estudo revelou que uma grande maioria delas nunca haviam agendado uma consulta com o enfermeiro.

Outro resultado que mostrou este estudo é que a capacidade de comunicação com os membros da equipe apresenta problemas maiores ou menores a depender da formação profissional. Em sendo a comunicação um processo importante na condução de uma interação terapêutica, essa informação avaliativa merece de maior detalhamento para uma ação resolutive.

Foi avaliada também a realização da convocação pela ESF para o resultado do exame, que obteve um juízo de valor pelas mulheres como satisfatória em 58%, porém 41,9% referem não receber tal convocação e em uma porcentagem de 53,7% dessas convocações, o recurso humano envolvido nesta ação foram os agentes comunitários de saúde.

Esse resultado nos faz refletir sobre um grande número de mulheres que não foram convocadas. As interações entre as ESFs e as usuárias deverão ser de co-participação e co-responsabilização, o que no presente estudo não ocorreu, assim, as ESFs avaliadas se mostram mais fragilizadas para concretizar essa ação de saúde.

A convocação é importante, pois, muitas mulheres (40%) não comparecem ao serviço para receber o resultado porque não querem saber, ou ainda, por já ter realizado novo exame em outro serviço de saúde. Sobretudo, para aquelas que possuem o resultado alterado precisam ser alvo de busca ativa.

Como as ESF priorizam as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, esta ação deveria ter atingido toda a população de mulheres que realizaram o exame de papanicolaou.

Quanto à resolubilidade frente ao problema apresentado, as mulheres referiram que, ao procurarem o serviço com queixas ginecológicas, 62% apresentou solução, e em 30,2% referiram que somente em algumas queixas foi solucionado e 6,7% referiram que os problemas permaneceram.

A satisfação da mulher, por meio da resolubilidade, favorece a implementação de estratégias que possibilitem a melhora na qualidade da assistência pela reorganização do serviço¹¹. As ESFs partícipes deste estudo devem tomar decisão em relação à resolução dos problemas.

Quase 40% não tiveram seus problemas resolvidos de fato, o que leva ao questionamento: Porque isso está ocorrendo?

Ressalta-se que, a resolubilidade pode estar baseada em uma queixa da mulher, e desta forma é seguida de uma conduta do profissional, o que configura-se em

modelo de pronto atendimento que não é o caso da ESF. Assim sendo, não proporciona uma resolubilidade efetiva, pois para isto, deve existir a integralidade da atenção, com garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Na avaliação de resultado de uma rede de atenção em que a porta de entrada foi a ESF, pode-se identificar o quanto a rede é capaz de evitar, minimizar ou mesmo interromper a evolução de um processo saúde-doença. Para isto, é preciso ter uma nova visão deste processo, em que o foco das ações passa a ser o indivíduo e não a doença. Uma vez que, iniciado na ESF, englobando a capacidade de promoção e manutenção da saúde, diagnóstico e tratamento precoce e com a tecnologia disponível na porta de entrada do sistema, tenha sido adequadamente complementado na rede de serviços de saúde.

Tendo avaliado o processo e o resultado, à análise das condições de estrutura foi emitido juízo de valor quanto à suficiência e adequação das condições necessárias, ou seja, as tecnologias (duras e leves) disponíveis nas ESF para a realização do processo de atenção¹³.

No eixo estrutura física das ESF avaliado, houve predomínio do conceito bom (60,8%), e uma minoria (3,2%) considera ruim e em 1,4%, péssima. Contrariando os resultados desta pesquisa, um estudo sobre avaliação da atenção básica teve a ventilação e as condições de áreas físicas avaliadas como inadequadas (92,3%), seguidos da dimensão (40%), ruído (30%) e iluminação (10%)¹⁴.

Quanto à disponibilidade de medicamentos nas ESF, 52,6% avaliaram como bom e 7,1% e 1,4% ruim e péssimo respectivamente. O índice de satisfação é semelhante ao estudo sobre a disponibilidade, com análise quantitativa segundo os itens de medicamentos presentes na unidade, cuja média ficou abaixo do valor aceitável de 80% proposto pela OMS em todos os estratos analisados, seja o populacional, seja por tipo de UBS¹⁵.

A análise estrutural de Unidade Básica de Saúde realizada no Mato Grosso, segundo a avaliação de enfermeiros apresentou resultados semelhantes também aos encontrados nesta pesquisa, com a maioria (83%) das unidades classificadas como “suficientes”¹⁶.

Quanto à disponibilidade de equipamentos e insumos, pesquisa que analisa estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo uterino, observou que, 83% das UBS apresentavam mesa de exame ginecológico e foco de luz, 82% de escova cervical e espátula de Ayre, 81% dispunha de lâminas, 78% ficha de requisição para o Sisco, em 77% havia espécio e em 69% havia fixador¹⁷.

Ainda, em relação à disponibilidade para procedimentos ginecológicos a avaliação predominou como regular em 36,2%, bom em 27%, ruim em 17,7% e em 11% como péssimo. Em estudo realizado em um conjunto das unidades de saúde, a proporção de adequação

da estrutura de equipamentos e insumos para a realização do exame citopatológico foi de 49% (n=19.126), ou seja, metade dos serviços de saúde dispunha de todos os oito itens. Este resultado reflete a falta de materiais que interfere diretamente na assistência ginecológica e consequentemente na coleta do exame de Papanicolaou em uma avaliação regular¹⁷.

Quanto ao tempo de espera na sala, conceituaram (44,4%) bom, (17,7%) excelente e (13,1%) regular.

Em estudo sobre a alegação de motivos para a não realização do exame de papanicolaou¹⁸ encontrou como motivação a falta de tempo, e esta pode estar relacionada ao fato de que a maioria das unidades de saúde atende à população em horário comercial, dificultando o acesso das mulheres à realização do exame. A falta de tempo também foi encontrada no estudo de Ferreira (2009)¹⁸. As mulheres que são vitimadas pelas sobrecargas do cotidiano, problemas de saúde, cuidadoras, donas de casa, ficam com suas demandas de saúde suprimidas ou atendidas de forma irregular¹⁹.

Quando a mulher decide realizar o exame Papanicolaou já encontra barreiras como indisponibilidade de vagas para a consulta e ainda, quando é contemplada com uma vaga, a unidade não propicia acolhimento satisfatório, atendimento dinâmico para prestar atendimento à população sob condições estruturais limítrofes e não a prepara para um retorno¹⁴. Há um agravamento desta situação quando a Unidade de Saúde não atende com livre demanda.

Isto implica que, se a mulher tiver que esperar um longo período, devido a diversos fatores pode ser que a mesma não realize o exame de papanicolaou, portanto o papel de promoção e prevenção da saúde não está sendo executado.

As Unidades de Saúde da Família tem como finalidade promover ações direcionadas à população feminina, garantindo-lhe o direito à informação e à saúde. Entre os fatores que contribuem para a não adesão ao programa de rastreamento do Câncer cérvico uterino aparece a dificuldade de acesso ao serviço de saúde²⁰, falta de material para realização do exame e ainda, não conseguir agendamento^{21, 18}.

Quanto ao tempo gasto para o procedimento da coleta realizada pelo profissional médico, prevaleceu o conceito bom (39,5%) e (12,8%) excelente. Se o procedimento for realizado por enfermeira, a conceituação boa aparece em 60,8% e em 21,7%, excelente.

Neste estudo o conceito de bom por enfermeiras foi maior que 50%, e apesar de ser um resultado bom, ainda tem uma parcela de quase 50% insatisfeita em sua avaliação por parte de realização do médico. Se o enfermeiro fizer a coleta, a porcentagem de insatisfação cai para quase 20%. De maneira geral, se a coleta for demorada, acaba comprometendo o tempo da mulher em sua rotina diária e por isso muitas vezes ela poderá deixar de

fazer o exame preventivo, comprometendo da mesma forma a função das ESF no que se refere à prevenção de doenças.

Ter acesso aos exames complementares, uma maioria, numa percentagem de 47,6% classifica bom, bem como os encaminhamentos para especialidades.

Identifica-se ainda que, o horário de atendimento para coleta do papanicolaou, foi avaliado como bom em 70,1% das mulheres. Quanto à necessidade de coleta em horário diferenciado, 55,1% consideraram necessário. Corroborando com este estudo, uma pesquisa apresentada XVI Institucional de ensino, pesquisa e extensão, teve um aumento pela procura para realização do exame no horário alternativo, que se realizou das 17h00min às 20h30min, já que algumas mulheres desenvolvem outras atividades durante o horário comercial, acabando por negligenciarem sua saúde²².

Sobre a distância entre a ESF e as residências o conceito bom foi destacado em 54,8% das mulheres, enquanto excelente em 39,5%. A avaliação da distância entre as ESFs e as residências, obteve conceituação boa e excelente. Este fato pode estar relacionado com as distribuições estrategicamente situadas das ESFs que atende as mulheres por proximidade de sua residência.

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.

Uma das limitações deste estudo refere-se ao fato de que muitas mulheres podem ter ficado inibidas por medo de estar avaliando as USF que são atendidas e assim conferir um conceito que não traduz a sua satisfação/insatisfação em relação ao serviço.

As situações socioeconômicas desfavoráveis, baixa escolaridade e baixa renda são consideradas relevantes quando relacionado ao número de casos de câncer do colo uterino, conhecimento sobre a doença e periodicidade do exame²³. Essa estratificação social indica a necessidade de intervenção mais efetiva por parte das unidades da ESF, pois o segmento mais vulnerável da população é o que mais depende dos serviços do SUS.

A comunicação assume um papel fundamental na relação entre um profissional e uma pessoa, grupo, família ou comunidade, (vulnerável pela situação de saúde/doença) alvo de atenção e de cuidados, na medida em que, a comunicação é o contexto em que se desenvolve a relação e é, ou pode ser, uma ação terapêutica, por si só ou completar a ação terapêutica de outra intervenção. É a comunicação que permite o desenvolvimento da relação e por conseguinte, pode, criar um contexto favorável ou desfavorável, na assistência prestada à mulher, daí sua importância²⁴.

Por meio dos resultados desta pesquisa, fica evidenciado a necessidade de ampliação do espaço de atendimento à saúde da mulher, principalmente ao exame preventivo. Os profissionais de saúde necessitam

reorganizar o serviço, e assim uma tomada de decisão frente ao resultado da avaliação.

E, considerando ainda que, a realidade das infraestruturas de instituições públicas, associadas à postura de determinados profissionais de saúde, pode interferir na análise da cobertura do exame preventivo, devido à insatisfação das mulheres no atendimento que se refere à coleta do papanicolaou.

5. CONCLUSÃO

A realização dessa pesquisa possibilitou analisar o nível de satisfação das mulheres usuárias da ESF no que se refere à coleta de papanicolaou.

As mulheres demonstraram certa satisfação com o serviço, no entanto evidencia-se que seja necessária a realização de avaliações somativas pelas equipes, quanto ao atendimento, de forma contínua, com a viabilização de estratégias preventivas e combate ao CCU, e ao mesmo tempo, oportuniza um espaço de escuta com criação de vínculo entre profissional e mulher usuária.

O atendimento das necessidades das usuárias quanto à coleta do papanicolaou de forma sistematizada, objetivando unificar a assistência seguindo os princípios e diretrizes do SUS, seria um ideal para a melhoria e unificação da rede do programa de saúde da família.

Conclui-se que, as unidades precisam incorporar a integralidade, co-participação, responsabilização, interação entre a unidade e a usuária e estabelecer condutas uniformes entre as unidades do programa, para obter sucesso e enfrentar desafios em rede. Que estes resultados sejam possíveis, direcionar a tomada de decisão para a melhoria da qualidade de assistência da ESF e com isso satisfação na coleta de papanicolaou, um estímulo para retornar às unidades conforme agendado.

REFERÊNCIAS

- [1] INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (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] BRASIL. Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo de Útero. Câncer: a informação pode salvar vidas. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/INCA, 2010. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/Acesso em: 22 mar 2016.
- [3] PÉREZ-GÓMEZ Begoña, MARTÍNEZ Carlos, NAVARRO College, FRANCH Property, GALCERÁN Josep, MARCOS-GOAGERA R, *et al.* The moderate decrease in invasive cervical cancer incidence rates in Spain (1980-2004): limited success of opportunistic screening? *Ann Oncol*, 2010; 21:61-8.
- [4] SOARES Marilu Correa, MISHIMA Silvana Martins, SILVA Renata cunha da, RIBEIRO Caroline Vargas, MEINCKES Sonia Maria Könzgen, CORRÊA Ana Cândida Lopes. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011; 32(1):502-8.
- [5] US CANCER STATISTICS WORKING GROUP. United States cancer statistics: 1999–2011 incidence and mortality web-based report. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National Cancer Institute; 2014.
- [6] HOWLADER Nadia, NOONE AM, KRAPCHO M, *et al*, editors. SEER cancer statistics review, 1975-2012. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2014. based on November 2014 SEER data submission, posted to the SEER Web site, April 2015. Available at: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2012/
- [7] DENSON Vicki, WHNP BC, KEELE Rebecca, PHCNS BC. Cervical Cancer Screening Practices of Volunteer Providers in Faith-based Clinics. *The Journal for Nurse Practitioners – JNP*, 2016; 12(1):27-34.
- [8] CORTÉS Javier Bordoy, TORRES Federico Marinón, RAMÓN Y CAJAL José Manuel, GIL A, ALONSO Julio Velasco, ABIZANDA Mercedes, *et al.* Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la practica clinica. *Prog Obstet Ginecol*. 2010; 53 Suppl. 1:1—19.
- [9] TANAKA Osvaldo Yoshimi. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. *Saúde Soc*, 2011; 20(4):927-34.
- [10] DONABEDIAN Avedis. Prioridades para el progreso em la valuación y monitoreo de La atención. *Salud Pública de México, Morelos*, 1993; 35(1):94-7.
- [11] SAMICO, Isabela, FELISBERTO, Eronildo, FIGUEIRÓ Ana Cláudia, FRIAS Paulo Germano de. (Orgs.). Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.
- [12] INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev) Falando sobre câncer do colo do útero. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002 59 p.
- [13] MERHY Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- [14] DIÓGENES Maria Albertina Rocha, JORGE Roberta Jeane Bezerra, SAMPAIO Luis Rafael Leite, MENDONÇA Francisco Antonio da Cruz, SAMPAIO Lucijane Leite. Barreiras à realização periódica do papanicolaou: estudo com mulheres de uma cidade do nordeste do Brasil *Rev*, 2011; 14(1):12-18.
- [15] MENDES Luís Villarinho, CAMPOS Monica Rodrigues, CHAVES Gabriela Costa, SILVA Rondineli da Mendes, FREITAS Paula da Silva, COSTA Karen Sarmento *et al.* Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde Debate*, 2014; 38:109-23.
- [16] PEDROSA Inês de Cássia Franco, CORRÊA Aurea Christina de Paula, MANDÚ Einir Nei Teixeira. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas

- profissionais: percepções de enfermeiros. *Ciênc Cuid Saúde*, 2011; 10(1):58-65.
- [17] TOMASI Elaine, OLIVEIRA Talita Fischer, FERNANDES Pedro Agner Aguiar, THUMÉ Elaine, SILVEIRA Denise Silva da, SIQUEIRA Fernando Vinholes et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [online], 2015; 15(2):171-80.
- [18] SILVA Sueli Riul da, SILVEIRA Caroline Freitas, GREGÓRIO Camila Carla Medeiros. Motivos alegados para a não realização do exame de Papanicolaou, segundo mulheres em tratamento quimioterápico contra o câncer do colo uterino. *Rev. Min. Enferm*, 2012; 16(4):579-87.
- [19] FERREIRA Maria de Lourdes da Silva Marques. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2009; 13(2):378-84.
- [20] GARCIA Cíntia de Lima, PEREIRA Helyane Cândido, MARINHO Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto. Percepções das mulheres acerca do exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. *Rev Bras Prom Saúde*, 2010; 23(2):118-25.
- [21] BARROSO Michelina, GOMES Keila, ANDRADE Jesusmar Ximenes. Frequência da colpocitologia oncótica em jovens com antecedentes obstétricos em Teresina, Piauí, Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 29(3):162-8.
- [22] MASSUQUINI Fernanda, STURMER Luana, CEOLIN Sabrina, OLIVEIRA de Moura Kelly, RIBEIRO Viviane. Busca ativa de mulheres em uma ESF de Cruz Alta para a realização do exame citopatológico 2011 XVI institucional de ensino, pesquisa e extensão Disponível em www.unicruz.edu.br/seminario. Rio de Janeiro Fiocruz 4 -6 /10/2011.
- [23] CORRÊA Dina Albuquerque Duarte, VILLELA Wilza Vieira; ALMEIDA Ana Maria de. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus/AM. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(2):395-400.
- [24] SEQUEIRA Carlos. Comunicação em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2014;12:06-08.