



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CHARLINE MACHADO DE SOUZA BRITO

**FLUXO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES COM PAPILOMAVÍRUS
HUMANO (HPV) ATENDIDAS NA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO
MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DE JESUS- BA**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS- BA

2014

CHARLINE MACHADO DE SOUZA BRITO

**FLUXO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES COM PAPILOMAVÍRUS
HUMANO (HPV) ATENDIDAS NA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO
MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DE JESUS- BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a.Dr^a Lilian Conceição Guimarães de Almeida

SANTO ANTÔNIO DE JESUS- BA

2014

CHARLINE MACHADO DE SOUZA BRITO

**FLUXO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES COM PAPILOMAVÍRUS
HUMANO (HPV) ATENDIDAS NA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO
MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DE JESUS- BA**

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem

Aprovada em 04 de novembro de 2014.

Banca examinadora

Lilian Conceição Guimarães Almeida – Orientadora
Enfermeira – Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia
Docente - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

George Mariane Soares Santana- Prof^o convidado
Biólogo- Doutor em Patologia Humana pela Fundação Oswaldo Cruz
Docente- Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Aline Pires Reis- Enf^a convidada
Enfermeira Sanitarista
Diretora da Atenção Básica de Santo Antonio de Jesus

Aos meus pais que, com muito carinho e apoio,
não mediram esforços para que eu chegasse até
esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por tudo que tem me oferecido, por sua generosidade, pelas maravilhas semeadas no meu caminho fazendo-me crescer, e, pelos momentos de luz, dando-me sabedoria para que eu conseguisse desenvolver essa pesquisa.

Aos meus pais, Rose e Benel, razões da minha vida, meu porto seguro. Muito obrigada pelo apoio, pelo amor e pela educação. Se hoje estou aqui concluindo uma etapa e conseguindo a minha graduação eu devo a vocês, que sempre me proporcionaram condições para alcançar os meus objetivos.

Ao meu irmão e primos pelo incentivo e por estarem sempre torcendo pelo meu sucesso. Embora distantes, sei que sempre posso contar com vocês.

Ao meu namorado Caio, pelo amor, companheirismo e paciência. Você tem me proporcionado momentos maravilhosos. E enfim está chegando a hora tão esperada!

A minha família por sempre acreditar na minha capacidade e na minha vitória. Vocês são um pedacinho de mim.

A tia Laura, tio Rocha, Luana e Victor pela ajuda e pelas orações. Saibam que vocês foram uma ótima surpresa na minha vida. Obrigada por tudo.

As minhas queridas amigas de infância e de faculdade, vocês facilitaram a minha árdua caminhada. Nada teria graça sem a companhia de todos vocês. Este laço é eterno!

A minha orientadora, Lilian, pelos puxões de orelha e pelos grandes ensinamentos. Obrigada por estar ao meu lado, sempre me incentivando, você faz mais do que parte dessa vitória!

A Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antonio de Jesus por ser uma parceira nesse projeto, proporcionando sua realização.

Agradeço profundamente a todos que me ajudaram, pois o caminho foi árduo e cheio de obstáculos! Caminhei lentamente, mas com muita dedicação e trabalho consegui concretizar mais uma etapa da minha vida acadêmica.

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e
semeando, no fim terás o que colher.”*

(Cora Coralina)

RESUMO

É sabido que a atenção básica é a porta de entrada para o primeiro atendimento a usuária do serviço, logo é imprescindível que os profissionais que prestam essa assistência estejam capacitados para oferecer o acesso, o acolhimento, um atendimento humanizado, garantindo a resolutividade das necessidades apresentadas, ou seja, que possibilite a integralidade da assistência. Assim, o conhecimento e a avaliação do fluxo de atendimento se torna imprescindível. Deste modo, o presente estudo aborda o HPV e a saúde da mulher, objetivando avaliar o fluxo de atendimento às mulheres com sinais e sintomas secundários ao HPV, do município de Santo Antônio de Jesus- Ba. O estudo em questão trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem de natureza qualitativa, na qual tiveram como sujeitos 8 (oito) mulheres com mais de 18 anos com diagnóstico confirmado de HPV, atendidas em uma Unidade de Referência de Santo Antonio de Jesus. Os dados foram coletados através de uma entrevista semi estruturada, com posterior transcrição e análise de conteúdo. Este projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa, sendo obedecidos todos os critérios da resolução 466/2012, já que se trata de estudo em seres humanos e foi aprovado, parecer nº 605-927. Os resultados evidenciaram um déficit na assistência as mulheres com HPV, em especial nas USF. Com a abordagem que os enfermeiros dessas Unidades têm adotado, as mulheres mostraram-se perdidas, sem orientação e sem conhecimento sobre seu estado de saúde e doença, impossibilitando atendimento integral e acesso humanizado. Do total 7 (sete) mulheres relataram não ter recebido nenhum tipo de orientação após receber o diagnóstico de HPV, demonstrando pouco conhecimento sobre o vírus e suas consequências e apenas 1 (uma) apresentou conhecimento sobre a infecção e segurança sobre seu tratamento, sendo que a mesma foi a única que afirmou ter recebido orientações da enfermeira da USF. Está havendo uma falha, na verdade, um abismo na assistência prestada a essas mulheres, fugindo completamente do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Diante do exposto, torna-se necessário capacitações frequentes, dos profissionais de saúde que prestam atendimento a essas pacientes, trabalhando em especial a humanização e a relevância do aconselhamento para a promoção da saúde e prevenção de agravos para essas mulheres diagnosticadas com o HPV.

Palavras-chave: Papilomavírus. Saúde da mulher. Fluxo de atendimento

ABSTRACT

It is known that primary care is the gateway to the first service to user, so it is imperative that professionals providing such support are able to offer access, hosting, humanized care, ensuring the resolution of the needs of, or is, that enables comprehensive care. Thus, the knowledge and the evaluation of the service flow becomes imperative. Thus, this study discusses HPV and women's health, to evaluate the flow of care for women with signs and symptoms secondary to HPV, in Santo Antônio de Jesus-Ba. The study in question it is a descriptive study with qualitative approach, in which subjects had the eight (8) women over 18 years with a confirmed diagnosis of HPV, met in a Reference Unit Santo Antonio de Jesus . Data were collected through a semi-structured interview, with subsequent transcription and content analysis. This project was referred to the Committee on Ethics in Research, and obeyed all the criteria of Resolution 466/2012, as it comes to study in humans and was approved, Opinion No. 605-927. The results showed a deficit in assisting women with HPV, especially in USF. With the approach that nurses have adopted these units, women showed missed, without guidance and without knowledge about their state of health and illness, preventing access comprehensive care and humane. Of the total 7 (seven) women reported having not received any orientation after being diagnosed with HPV, demonstrating little knowledge about the virus and its consequences and 1 (one) had knowledge about the infection and its treatment on safety, and it was the only one who claimed to have received guidance nurse USF. There has been a failure, in fact, a gap in care for these women, completely escaping what is recommended by the Ministry of Health. Given the above, it becomes necessary frequent training, health care professionals who provide care to these patients, working on special humanization and the importance of counseling for health promotion and disease prevention for those women diagnosed with HPV.

Keywords: Papillomavirus; women's health; service flow

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01: CONCEITO DA ACESSIBILIDADE SEGUNDO DONABEDIAN.....	28
FIGURA 02: FLUXO DE ACOLHIMENTO.....	31
FIGURA 03: RECOMENDAÇÕES INICIAIS APÓS RESULTADO DE EXAME CITOPATOLÓGICO ANORMAL.....	34
TABELA 1: PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DAS 08 MULHERES ENTREVISTADAS, SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA , 2014.....	41
GRÁFICO 01: PESSOAS COM 10 ANOS OU MAIS EM ALGUMA UNIÃO CONJUGAL, 2010.....	46
TABELA 02: PERFIL SEXUAL E REPRODUTIVO DAS 08 MULHERES ENTREVISTADAS, SANTO ANTONIO DE JESUS- BA, 2.....	47
TABELA 03: % DE MULHERES DE 10 OU MAIS DE IDADE QUE TIVERAM FILHOS DE ACORDO COM A ESCOLARIDADE, SANTO ANTONIO DE JESUS-BA, 2010.....	50
FLUXOGRAMA 01: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS USUÁRIAS COM HPV NO MUNICIPIO DE SANTO ANTONIO DE JESUS-BA.....	53
GRÁFICO 02: QNT DE EXAMES CITOLÓGICOS POR FAIXA ETÁRIA, SANTO ANTONIO DE JESUS-BA, 2012.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS**- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ACS**- Agente Comunitário de Saúde
- ANVISA**- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APS**- Atenção Primária da Saúde
- 4ª DIRES**- 4ª Diretoria Regional de Saúde
- BIS**- Bacharelado Interdisciplinar em Saúde
- CAPS**- Centro de Atenção Psicossocial I e II
- CCS**- Centro de Ciências da Saúde
- CEO**- Centro de Especialidades Odontológicas
- CEP**- Comitê de Ética em Pesquisa
- CEREST**- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CNES**- *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*
- CTA**- Centros de Testagem e Aconselhamento
- DATASUS**- Departamento de informática do SUS
- DNA**- Ácido Desoxirribonucléico
- DST**- Doenças Sexualmente Transmissíveis
- EUA**- Estados Unidos da América
- HIV**- *Human Immunodeficiency Vírus*
- HPV**- papilomavírus humano
- HRSAJ**- Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus
- HTLV**- Vírus Linfotrópico da Célula Humana
- IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INCA**- Instituto Nacional de Câncer
- Ipea**- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- NASF**- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NIC**- Neoplasia Intraepitelial
- OMS**- Organização Mundial de Saúde
- PAISM**- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- PCCU**- Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero
- PCR**- Reação em Cadeia da Polimerase
- SAE**- Serviços de Atendimento Especializado
- SESAB**- Secretaria do Estado da Bahia

SISCOLO- Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidades Básicas de Saúde

UFRB- Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

USF- Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 CONHECENDO O PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV).....	18
3.2 DIAGNOSTICANDO O HPV.....	21
3.3 TRATANDO O HPV.....	23
3.4 VULNERABILIDADES DAS MULHERES – AMPLIANDO A NOÇÃO DE RISCO...24	
3.5 FLUXO DE ATENDIMENTO.....	25
3.5.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	25
3.5.2 FLUXO DE ATENDIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA O ATENDIMENTO INTEGRAL.....	29
4 MATERIAL E MÉTODOS	37
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	37
4.2 SUJEITOS DO ESTUDO.....	37
4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	37
4.4 LOCAL DO ESTUDO.....	37
4.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	38
4.6 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS.....	39
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	41
5.1 PERFIL SÓCIO ECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DAS MULHERES ENTREVISTADAS.....	41
5.2 PERFIL SEXUAL E REPRODUTIVO	46
5.3 FLUXO DE ATENDIMENTO: UMA ESTRATÉGIA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA.....	51
5.4 AVALIANDO O FLUXO DE ATENDIMENTO.....	55
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES	81
ANEXOS	89

1 INTRODUÇÃO

Há décadas as doenças sexualmente transmissíveis (DST) vêm sendo consideradas um problema de saúde pública, gerando cada vez mais gastos para o governo. Elas têm aumentado a sua incidência a cada ano em todo o mundo, segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS (2013), aproximadamente 718 mil pessoas vivem com HIV/AIDS no Brasil, sendo que nos dados acumulados de 1980 a junho de 2013, foram notificados 686.478 casos de AIDS, no qual 445.197 (64,9%) são do sexo masculino e 241.223 (35,1%) do sexo feminino. Embora o número de homens supere o de mulheres vivendo com o vírus, a taxa de crescimento do quantitativo do sexo feminino vem superando o do sexo masculino, comprovando assim, que está havendo uma feminização do HIV/AIDS.

O aumento da incidência da transmissão de DST na relação heterossexual tem contribuído para uma maior participação das mulheres no perfil epidemiológico dessas doenças, sendo necessária a criação de Políticas Públicas de Saúde com foco nesse estrato da população. Considerando, especialmente, que as sequelas de maior gravidade e de maior duração surgem no sexo feminino, como aborto espontâneo, gravidez ectópica e câncer cervical, além de aumentar cerca de três a cinco vezes os riscos de adquirir e transmitir o HIV (BARCELOS, 2008).

Como supracitado, o cenário atual demonstra um claro crescimento das DST na população feminina, entre elas destaca-se o Papilomavírus Humano (HPV), que tem alcançado taxas cada vez mais crescentes, chegando a atingir 20% das mulheres com vida sexual ativa (SOUSA *et al*, 2008). Este vírus tem causado grande preocupação para os órgãos que cuidam da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, visto que está fortemente associado ao desenvolvimento de lesões precursoras do câncer de colo do útero.

O HPV, segundo Nadal e Manzione (2006), é mais comum nos jovens e nos indivíduos sexualmente ativos e a sua prevalência é tão grande que aproximadamente 75% a 80% da população será infectada durante sua vida. Sabendo que o vírus, isoladamente, não é causa suficiente para o câncer de colo de útero, mas é causa necessária para o mesmo, estima-se que 90% das mulheres que apresentam o câncer estiveram expostas ao HPV (SMELTZER; BARE, 2002).

O vírus possui a capacidade de infectar a pele e mucosas desenvolvendo-se em várias partes do corpo humano, porém alguns tipos possuem preferência pela área genital. Ele configura-se como uma patologia infecciosa do trato genital feminino, de transmissão sexual, mais prevalente entre as mulheres de vida sexual ativa e no período reprodutivo (FEDRIZZI,

2008), podendo provocar manifestações como lesões intra epiteliais e os condilomas acuminados, que também são conhecidos como verruga genital ou crista de galo.

Ainda que não se saiba por quanto tempo o vírus pode resistir fora do organismo, é importante destacar que a via sexual não é o único meio de transmissão, podendo ocorrer também através de fômites (roupas contaminadas, toalhas e entre outros), assentos sanitários e por via materno-fetal (gestacional, intra e periparto) (JOCA, 2009).

Sendo a via sexual o meio de transmissão mais frequente, o sexo feminino, naturalmente, é mais susceptível ao HPV devido à sua conformação biológica, na qual a superfície vaginal exposta aos fluídos corporais potencialmente infectantes é relativamente extensa. Essa vulnerabilidade permite entender de que forma questões relacionadas à discriminação, desigualdade e violência, aceleram a disseminação das DST, e porque alguns indivíduos e grupos estão em situação de maior vulnerabilidade. Além da vulnerabilidade biológica, outros fatores como: individuais, sociais e programáticos também aumentam a susceptibilidade das mulheres a infecções. Sendo que os fatores programáticos relacionam-se a presença ou não das políticas públicas para a prevenção e cuidado dessas mulheres com DST.

No meio em que vivemos, as mulheres se apresentam cotidianamente em uma posição na qual é evidenciada a dominação masculina, como por exemplo, nas diferenças salariais, desvalorização social de algumas profissões e a tripla jornada de trabalho feminino. Nas práticas sexuais, na maioria das vezes o que é observado e exposto pela mídia, é essa desigualdade de poder e de “força”, manifestando-se através de situações de exploração sexual, dificuldades de negociação do uso do preservativo e muitas outras situações em que a possibilidade de proteção das mulheres é esquecida de acordo com o desejo do homem (SILVEIRA, 2002; BRASIL 2006; SILVA *et al*, 2009).

Dentro de um mesmo estrato social, existem disparidades que tornam um grupo mais vulnerável que outro quando se leva em conta, variáveis que trazem à tona singularidades de cada mulher, essas diferenças e desigualdades passam a ter relevância e significados distintos de um grupo para outro. Logo, conclui-se que a susceptibilidade feminina não é uniforme, podendo ser acrescida ou minorada a partir da sobreposição de variáveis como raça, cor, classe econômica e questões culturais.

As desigualdades elucidadas acima e os agravos que o não tratamento do HPV poderá ocasionar as mulheres, associado ao fato de que essa doença, na grande maioria das vezes, se apresenta de forma assintomática ou subclínica, reafirma a importância de um adequado atendimento e tratamento por parte dos profissionais de saúde, que devem estar capacitados

para acolher, diagnosticar e acompanhar essas mulheres, realizando os devidos encaminhamentos. De acordo com Ayres e Silva (2010) o número crescente de câncer de colo de útero tem sido associado às baixas coberturas de exame de rastreamento.

Sendo assim, esse primeiro atendimento, de caráter mais elementar e, também de suma importância, se dará nas Unidades de Saúde da Família (USF), por oferecer um ambiente adequado para o conhecimento das necessidades da população alvo, facilitando o acesso à mesma, se configurando como porta de entrada, local em que as mulheres ingressarão no serviço de saúde a procura de atendimento, seja ele através do programa de Planejamento Familiar ou Pré- Natal, ou ainda para realização do preventivo. Deste modo o profissional deverá ser capaz de captar e acolher essa mulher, estabelecer um vínculo de confiança, realizar a anamnese, o exame físico e ginecológico, e a partir daí, identificar possíveis alterações tomando as devidas decisões. Para o adequado atendimento à mulher com sinais e sintomas do HPV necessita-se de:

O fluxo bem definido, a capacidade instalada de serviços de acordo com a demanda, o acolhimento e a acessibilidade são fatores essenciais para que o processo de atendimento possibilite ao indivíduo e à coletividade não só a sua entrada no sistema mas também, a finalização de cada uma das ações necessárias para a solução do problema de saúde envolvido (ALBUQUERQUE *et al*, 2011, s/p).

Entende-se que para que aconteça um bom fluxo de atendimento o sistema deve ser capaz de acolher, possuir formas de encaminhamento, ter qualidade nas informações prestadas, realizar o aconselhamento, possuir resolutividade através do sistema de referência e contra- referência, além de oferecer disponibilidade de medicamentos.

Ainda que seja essencial oferecer a resolutividade dos problemas apresentados, a melhor estratégia para controle do HPV é a prevenção da doença e o diagnóstico precoce, e para tal necessita-se da disseminação de informações. Assim, as ações educativas devem ser exaltadas e mais frequentemente realizadas, a fim de promover a adoção, por parte das usuárias, de métodos preventivos individuais, possibilitando o entendimento dos fatores de risco associados à doença. O aconselhamento das mulheres e de seus parceiros é fundamental, devendo enfatizar, sempre, a associação do HPV com o HIV; por isso a importância de estimular a adesão ao tratamento e o acompanhamento constante. Realizando essa abordagem educativa assistencial, os profissionais vão ser capazes de reduzir ou garantir a prevenção do HPV e a sua transmissão.

Desta forma compreende-se a importância de existir um fluxo de Atendimento, abarcando desde a captação dessas usuárias até a referência e a contra referência, pois assim a prestação do serviço fica organizada, hierarquizada, humanizada e os profissionais se tornam

capazes de seguir uma “linha,” na qual o objetivo comum é oferecer um atendimento de qualidade integral de modo que as usuárias sejam diagnosticadas o mais precocemente possível, através do diagnóstico clínico/abordagem sindrômica, tratadas e referenciadas para um serviço especializado capaz de oferecer instrumentos que as Unidades Básicas não possuem, garantindo uma melhoria na qualidade de vida destas usuárias e dos seus parceiros.

Diante do exposto o presente estudo tem como questão norteadora: De que forma acontece o fluxo de atendimento das mulheres que apresentam as manifestações de sinais e sintomas secundários ao HPV no município de Santo Antônio de Jesus?

A motivação para realizar o estudo sobre essa temática surgiu a partir da percepção de que mesmo com a alta incidência, o HPV ainda se trata de uma doença, pouco conhecida pela população e pelos profissionais de Saúde, sendo assim, para alguns profissionais, talvez, pela falta de conhecimento ou pela inexistência de um fluxo de atendimento, têm assistido essas mulheres de forma inadequada, podendo ocasionar intercorrências que às vezes retardam o processo de diagnóstico e tratamento.

Este estudo tem como objetivo avaliar o fluxo de atendimento das mulheres que apresentarem manifestação de sinais e sintomas secundários ao HPV no Município de Santo Antônio de Jesus-Ba.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Avaliar o fluxo de Atendimento das mulheres com HPV atendidas na Unidade de referência do município de Santo Antônio de Jesus- Ba.

2.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil sócio- demográfico das mulheres com as manifestações de sinais e sintomas secundários do HPV no município;
- Conhecer o fluxo de atendimento;
- Conhecer o entendimento dessas mulheres acerca de sua patologia;
- Identificar as dificuldades enfrentadas por essas mulheres para a realização do tratamento.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Conhecendo o Papiloma Vírus Humano (HPV)

O HPV, embora seja uma doença de transmissão predominantemente sexual, ainda é pouco conhecida quando comparada, por exemplo, ao HIV. Sabendo disso, e compreendendo a importância de um melhor entendimento desse vírus pela população, para que dessa forma eles sejam capazes de se prevenir, combater e controlar infecções desse tipo, por isso é fundamental entender as formas de transmissão e as possíveis consequências que a doença pode ocasionar para o organismo.

As primeiras pesquisas que citaram o nome HPV foram realizadas por Shope e Hurst, em 1993, na qual foi observado e estudado lesões em coelhos selvagens, e deduzido que a origem era viral, mais tarde foi evidenciado por Rous e Kidd que este vírus era responsável por cânceres cutâneos (ALMEIDA, 2011).

O HPV é um DNA-vírus da família Papillomaviridae, com mais de 100 tipos conhecidos, sendo que desses, aproximadamente 20 são capazes de infectar o trato genital (PEREIRA *et al*, 2012). Alguns subtipos determinam diferentes riscos para a persistência e progressão da doença. De acordo a classificação internacional, os subtipos considerados reconhecidamente cancerígenos para os humanos são: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 66 e os possivelmente cancerígenos para humanos são: HPV 6 e 11 (CESTARI *et al*, 2012). Esse vírus está associado ao aparecimento das verrugas genitais, assim como o desenvolvimento do câncer invasivo do trato genital. Existem vários fatores que influenciam na regressão ou na progressão das lesões causadas pelo HPV, sendo o principal delas, o sistema imune, visto que este é o primeiro mecanismo de defesa do organismo a agentes infecciosos. Por consequência de uma resposta imunológica adequada, pode-se observar muitas vezes, a regressão das lesões e das verrugas causadas pelo HPV, mesmo na ausência de tratamento, pois as células responsáveis pela defesa (linfócitos e macrófagos) reconhecem o vírus como um invasor e destroem as células infectadas. Sendo assim, havendo uma queda do sistema imune, os vírus que estavam em latência, aguardando uma oportunidade, começam a disseminar e infectar novas células, causando o adoecimento do indivíduo.

Essa infecção, inicialmente, ocorre em células tronco epiteliais, ou em células que estão em processo de divisão, na camada mais externa do epitélio. À medida que as células mais profundas iniciam a sua divisão, as células da camada externa migram tornando-se gradativamente diferenciadas (LIMBERGER *et al*, 2012).

Mundialmente, estimam-se 32 milhões de casos novos de verrugas genitais a cada ano e no Brasil gira em torno de 1,9 milhão/ano, sendo a grande maioria associada aos HPV 6 (70% dos casos) e 11 (20% dos casos) (GIRALDO *et al*, 2008). As verrugas genitais são de fácil diagnóstico, devido a sua localização e a forma como se apresentam, geralmente em forma de crista de galo, com uma textura mais firme e áspera, estando associados, na grande maioria, aos subtipos de menor poder oncogênico (PASSOS *et al*, 2008).

A presença desse tipo de lesão poderá ocorrer de forma individual ou múltipla, restrita ou difusa e de tamanho variável, sendo mais comumente encontrado na glândula e na região perianal dos homens e nas mulheres na vulva, períneo, colo do útero e vagina (DIRETRIZES DTS/AIDS, 2008). O desenvolvimento e a permanência das lesões condilomatosas estão diretamente ligadas ao sistema imunológico e a questões hormonais, pois segundo Maluf e Perin (2006), foram realizados estudos *in vitro* e *in vivo* com o HPV em ambiente hormonal e na análise sobre o comportamento do vírus no local, identificou-se que a sua expressão gênica foi aumentada na presença do estrogênio e da progesterona. Assim, associados a estes fatores e a mudanças fisiológicas que ocorrem na genitália durante a gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções e tornarem-se friáveis na gravidez, sendo indicado a sua remoção, de preferência, na primeira metade da gestação (GOMES *et al*, 2011).

Além dos condilomas, o vírus quando atinge o colo do útero é capaz de ocasionar lesões, que variam de grau a depender do subtipo do HPV e do tempo de infecção. Quando não tratadas corretamente essas lesões podem ocasionar o câncer do colo do útero. Evidenciando esse fato é que mais de 90% das mulheres que apresentam esse tipo de câncer, estiveram expostas ao HPV, especialmente dos subtipos 16 e 18 (SOUSA *et al*, 2008). Esses dois tipos são responsáveis por 70% do câncer cervical e aproximadamente 50% das lesões intraepiteliais cervical de grau 3 (BRAGAGNOLO *et al*, 2010). Essas lesões precursoras do carcinoma invasivo apresentam-se em diferentes graus evolutivos, quando se leva em consideração a análise cito histopatológica, ficando classificado como neoplasia intraepiteliais de grau I, II e III (MELO *et al*, 2009).

No Brasil, o Ministério da Saúde, entendeu que havia a necessidade de atualização dessa nomenclatura, preconizaram assim que os laudos cervicais viriam com lesão intraepitelial de baixo grau, que corresponde ao NIC I e lesão intraepitelial de alto grau, correspondendo a NIC II e NIC III (CARVALHO; QUEIROZ, 2011). Ainda que as lesões de grau II e III sejam de mais difícil tratamento, quando diagnosticadas e tratadas precocemente e de forma adequada, todas elas possuem 100% de chance de cura.

O HPV genital é encontrado em aproximadamente 10-40% das mulheres menores de 25 anos, no entanto a maior incidência de lesões de alto grau ocorre em mulheres com mais de 25 anos (LIMBERGER *et al*, 2012). Este é um fato preocupante, visto que o câncer de colo uterino vem alcançando altas taxas de morbimortalidade, ficando considerado o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, ocasionando cerca de 230 mil óbitos por ano (INCA, 2009).

Neste contexto, vale ressaltar que embora haja uma relação do HPV com o câncer do colo do útero, não se trata de uma relação direta, ou seja, o fato de ter HPV não significa, necessariamente, que a mulher terá um carcinoma, até por que a maioria das infecções pelo HPV nem sequer chegam a causar doenças, e quando causam, a depender do subtipo, do tipo de lesão, do sistema imune da mulher, das disfunções hormonais e dos hábitos de vida, chegam a regredir de forma espontânea. Sabido que mesmo não estando ligado de forma direta, exista sim, uma relação do HPV com o câncer do colo do útero, é relevante considerar que o câncer leva em média 10 anos para se desenvolver, tornando possível a prevenção e o controle do vírus.

Para que sejam tomadas as devidas providências, como em qualquer outra doença, se faz necessário o estudo do perfil epidemiológico, porquanto, é a partir dessa análise que pode se traçar o perfil da população de risco, para então traçar as medidas de promoção, prevenção, controle e recuperação da saúde dos indivíduos.

De acordo com Dores (2006), a prevalência do HPV é maior entre os jovens, na faixa etária de 15 e 25 anos, sendo que essa prevalência cai consideravelmente com o avançar da idade; aquelas com início precoce da vida sexual; mulheres solteiras, devido ao maior número de parceiros sexuais, embora a incidência do vírus em mulheres que estão vivendo uma relação estável têm aumentado consideravelmente, devido o comportamento de seus parceiros e nas mulheres nuligestas, pois o vírus possui uma preferência pelo epitélio metaplásico. Logo, os pacientes que frequentam o serviço de saúde que apresentam esse perfil devem receber uma atenção especial.

Também, foi percebido que as taxas de incidência do HPV apresentam grande variação de país para país, na Colômbia, foi registrada incidência de 5.0 por 100 pessoas/ano, nos EUA, de 15.8 por 100 pessoas/ano, no Canadá, foi de 16.8 por 100 pessoas por ano e no Brasil foi de 8.1/100 pessoas/ano (NAKAGAWA *et al*, 2010). Este tipo de neoplasia possui maior incidência nos países subdesenvolvidos, já que nestes países, os programas de prevenção e detecção deste câncer, se mostram menos eficazes que nos países onde são implementados programas semelhantes (BARBEIRO *et al*, 2009).

No século passado, o câncer do colo do útero, era o líder de mortalidade entre mulheres nos Estados Unidos, porém houve uma queda em 50% nos últimos 20 anos, devido a efetividade dos programas de rastreamento com o exame do Papanicolau e ao tratamento precoce das lesões precursoras (FONSECA *et al*, 2012).

Diante do exposto, entende-se a importância de ações efetivas, para tal faz-se necessário ampliar e divulgar os estudos sobre esta infecção. Algumas especificidades devem ser mais amplamente disseminadas, principalmente em relação as suas vias de transmissão. Sendo a transmissão majoritariamente através do sexo, é relevante mencionar que ela não ocorre apenas pela penetração, mas também pelo contato com a pele que apresenta a lesão, por isso têm aumentado os casos do vírus na cavidade oral, devido ao sexo oral.

A capacidade de transmissão ocorre a depender da fase em que o vírus está presente, podendo ser visto de três formas: fase latente, subclínica e clínica. Na fase latente, momento em que o vírus está presente, mas a doença não foi manifestada, ocorrendo um equilíbrio entre a carga viral e o hospedeiro, é evidenciada através de coletas de tecido e utilizado a biologia molecular como método diagnóstico, existem dúvidas sobre a possibilidade de transmissão, porque não está presente nenhum tipo de lesão, nem está instalado nenhuma doença, por só acontecer quando o vírus aciona o sistema imunológico do hospedeiro e este não consegue dar a resposta adequada; os indivíduos que apresentam infecções clínicas, onde há o aparecimento dos condilomas, e/ou subclínicas, que são as lesões intraepiteliais, geralmente assintomáticos e quando sintomáticos são incharacterísticos, podendo ser associado a várias outras DST (BRASIL, 2010). Estas duas últimas fases correspondem a aproximadamente 80% dos casos de infecção pelo HPV e são os responsáveis pelo maior índice de transmissão (BRASIL, 2010).

3.2 Diagnosticando o HPV

O diagnóstico precoce possibilita identificar as lesões precursoras do câncer de colo do útero, tornando possível a prevenção do mesmo. O método diagnóstico utilizado varia de acordo com a sintomatologia apresentada ou identificada. Nos casos em que os condilomas estão presentes na ausência de lesões no colo do útero, o diagnóstico é essencialmente clínico, através da anamnese (analisando a presença de fatores ou comportamento de risco) e da inspeção das lesões verrucosas.

As lesões cervicais, subclínicas, são geralmente detectadas pela citologia oncótica, devendo ser avaliadas pela colposcopia, na qual será possível delimitar a área de extensão da lesão, através do uso do teste de Schiller, sendo necessária, a depender do grau e profundidade

da invasão das células alteradas, a realização da biópsia dirigida, que consiste na coleta de material para análise, sendo utilizado para confirmação diagnóstica (PEREIRA, 2012).

De acordo com Almeida (2011), existem vários métodos diagnósticos, com tecnologias cada vez mais complexas, porém três tipos são considerados os padrões clássico: a citologia oncótica juntamente com a colposcopia e a biópsia.

A citologia oncótica (exame Papanicolau) trata-se do método de rastreamento mais amplamente utilizado, embora ele não consiga detectar o vírus, é capaz de identificar as lesões cervicais, consistindo, ainda, num exame de fácil acesso, por se tratar de um procedimento que é oferecido em Unidades Básicas de Saúde com o Programa de Saúde da Mulher; a colposcopia é um exame diagnóstico, através do qual é possível visualizar o colo do útero, utilizando um colposcópio, ele é indicado quando o Papanicolau apresenta alterações na qual se faz necessário uma observação mais detalhada da região afetada, ou quando se necessita da realização de biópsia, que por sua vez consiste na coleta de uma amostra retirado da área que apresenta a lesão, sendo considerado o padrão ouro de diagnóstico morfológico (MONTE; PEIXOTO, 2010).

Ainda segundo o autor além do tripé clássico, existem outros métodos que podem ser solicitados, especialmente quando se suspeita do vírus na fase latente, dentre eles o PCR, método poderoso, no qual faz a amplificação do alvo, ou seja, do próprio DNA viral, ele representa um complemento importante aos diagnósticos citológicos, colposcópicos e histopatológicos.

Além do PCR, tem-se também o teste molecular de captura híbrida para o HPV, este é o único método de biologia molecular aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que é capaz de detectar 18 tipos virais de DNA do HPV (TULIO *et al*, 2007). Quando comparados o método de captura híbrida e PCR, a captura híbrida demonstra sensibilidade de 91.7% e especificidade de 95.4% (TULIO *et al*, 2007).

Os sinais apresentados durante a consulta norteiam o profissional a realizar os métodos diagnósticos adequados. A sintomatologia nos homens, geralmente, não se manifesta, e quando acontece é através dos condilomas acuminados. Na mulher, embora existam os casos assintomáticos, é frequente aparecer os sintomas clínicos (condilomas) e/ou subclínicos (Lesões intra epiteliais), que na grande maioria das vezes cursa para uma resolução espontânea. Aquelas infecções persistentes, por certos tipos de HPV que são reconhecidamente cancerígenos, associados a fatores pessoais e a ausência aos serviços de saúde para realização da citologia oncótica, está ligado ao desenvolvimento de cânceres do colo do útero.

Sendo assim, entende-se que a maioria dos casos de câncer do colo uterino podem ser evitados, através de métodos diagnósticos simples, rápidos e de baixo custo. O que ainda é preciso é um programa de rastreamento mais efetivo, campanhas que possuam um maior impacto causando sensibilização da população e alertando para os riscos desse agravo.

3.3 Tratando o HPV

Realizado o rastreamento e o diagnóstico do HPV, inicia-se o tratamento, que tem como principal finalidade eliminar as lesões que são causadas pela infecção, sejam elas os condilomas ou lesões intra epiteliais, assim, os indivíduos em fase latente não são passíveis de tratamento. O que definirá a forma de tratamento de cada usuária é o tipo de lesão apresentada, o subtipo do HPV, a extensão da lesão, a disponibilidade de recursos, a idade e a competência do seu sistema imune (PANISSET; FONSECA, 2009).

São várias as opções de tratamento para as lesões, desde procedimentos que podem ser realizados no próprio consultório (ambulatorial), como aqueles que devem ser efetivados através de procedimentos cirúrgicos, mais invasivos, portanto necessitando de uma maior estrutura.

Dentre os métodos que podem ser utilizados para a remoção das verrugas tem-se a exérese cirúrgica, que visa a retirada dos condilomas e sua subsequente biópsia, não sendo necessário, na maioria das vezes, a sutura, utilizando em conjunto o método da eletrocoagulação, este método é utilizado com maior frequência em indivíduos que já possuem um número elevado de verrugas; o uso de ácidos, como o tricloroacético de 50% a 90%, esses são mais fáceis de utilizar podendo ser aplicado tanto em âmbito ambulatorial, quanto em domicílio pelo próprio indivíduo o seu uso é local (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Para o tratamento das lesões subclínicas os métodos mais utilizados são: cauterização (método utilizado para a cicatrização das feridas causadas pelo HPV e outras DST) e a cirurgia de alta frequência, sendo esta, o melhor tratamento para as lesões mais profundas, por ser de baixo custo, retirando a área doente sem dor e sem causar nenhum dano futuro (BRASIL, 2010).

O questionamento mais comum quando se fala sobre o HPV é: Existe cura?

Até recentemente, acreditava-se que o HPV não existia cura, sendo o tratamento uma forma de controle das lesões de modo a evitar apenas a sua evolução. Porém, desconstruindo essa teoria que há muito tempo persiste como verdade absoluta, descobriu-se que o HPV tem

cura, especialmente os tipos mais prevalentes (6 e 11) (SOUSA *et al*, 2008). Em contrapartida, percebe-se que a influência cultural tem contribuído para que essa afirmação seja negada, devido, principalmente, ao grande número de recidivas que ocorrem no primeiro ano após o diagnóstico. Estas acontecem com maior frequência devido aos reservatórios do vírus no organismo. Diferente do que pensam, os maiores índices de recidivas estão relacionados a esses reservatórios, do que pela reinfecção, através do parceiro sexual.

O que determina o reaparecimento do HPV e a sua progressão para neoplasias intra epiteliais são os fatores relacionados ao sistema imunológico das usuárias e do tabagismo (PEREIRA, 2012). É importante que possua um equilíbrio no sistema imune, porque será através dele que a usuária terá a capacidade de se defender do vírus, evitando a infecção e as recidivas. Sendo assim, conclui-se, que quando se fala em recidivas pelo HPV, tem alguns grupos que são considerados de alto risco, como aquelas portadoras de neoplasias intra epiteliais, por isso que quanto maior o grau, maior a chance da recorrência; portadoras do vírus do HIV e gestantes. A associação desses fatores diminui a eficácia dos tratamentos, dificultando o controle do vírus, necessitando procurar por novos métodos de tratamentos (TEIXEIRA *et al*, 2002).

3.4 Vulnerabilidades das Mulheres – ampliando a noção de risco

É sabido que na relação sexual, a transmissão homem-mulher é mais frequente, devido principalmente à conformação biológica da mulher. Assim, se percebe que o risco da infecção pelo vírus é distinto entre os gêneros. Nesse contexto é importante compreender o conceito de vulnerabilidade, pois a predominância da infecção pelo vírus nas mulheres é resultado da articulação de várias características, não apenas dos fatores individuais, como o comportamento ou anatomia da usuária, mas também dos fatores sociais e programáticos.

O conceito de vulnerabilidade permite entender mais plenamente como questões relacionadas à desigualdade, estigma, discriminação, violência, dentre outras, favorecem a disseminação do vírus HPV e de outras DST, e de que forma alguns indivíduos e grupos estão em situação de maior vulnerabilidade, dentre eles, as mulheres.

A noção de vulnerabilidade corresponde a três dimensões: programática, social e individual. O aspecto programático se refere à ausência de políticas públicas destinadas à prevenção e ao cuidado ao HPV e outras DST, envolvendo instituições governamentais, não governamentais e sociedade civil (BRASIL, 2006).

A dimensão social relaciona-se aos fatores sociais e econômicos que podem expor os indivíduos de um determinado grupo populacional a uma maior possibilidade de infecção pela

DST/HIV/AIDS, como o desemprego, baixa escolaridade, pobreza, dentre outros. Dessa forma, entende-se que a dimensão social não depende apenas dos aspectos individuais, mas também do acesso aos meios de comunicação, disponibilidade de recursos materiais e fatores políticos (SAMPAIO, 2011).

O componente individual, por sua vez, está relacionado aos comportamentos adotado pelo indivíduo que podem facilitar a sua infecção. Ela depende da qualidade de informações que os usuários recebem, o interesse e as possibilidades deles utilizarem essas informações, de modo que sejam capazes de se protegerem (BRASIL, 2006). Ainda em relação ao aspecto individual as mulheres são especialmente mais vulneráveis às DST por características biológicas.

Outro aspecto que deve ser considerado na análise tanto da vulnerabilidade individual quanto da social são as relações desiguais de gênero, isto é, as relações de poder existentes entre homens e mulheres. O papel social, ou de gênero, da mulher, também aumenta seu risco. Na sociedade em que vivemos, essa diferença se expressa de forma desfavorável às mulheres, que frequentemente se encontram numa posição em que se evidencia a dominação masculina, como por exemplo, nas diferenças de salários, desvalorização social de algumas profissões e a tripla jornada de trabalho feminino.

Nas práticas sexuais, essa desigualdade de poder se traduzem em situações de exploração sexual de mulheres e meninas, dificuldades de negociação do uso do preservativo e muitas outras situações em que o desejo do homem se sobrepõe ao desejo e à possibilidade de se proteger da mulher (SILVA; VARGENS, 2009). As relações desiguais de poder, a dependência afetiva, econômica e as desigualdades sociais das mulheres em relação aos homens resultam em uma limitação ao acesso de informações adequadas e atualizadas.

As desigualdades elucidadas acima reafirmam a necessidade e a importância de se incorporar políticas públicas e outras estratégias, objetivando superar e/ou reduzir as vulnerabilidades que as mulheres enfrentam, de modo a suplantar os altos índices de infecção pelo HPV e sua evolução para o câncer de colo do útero. Assim, se o município disponibilizar um serviço de saúde que haja com eficácia e eficiência, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados podem ser precoces, impedindo o desenvolvimento do câncer do colo do útero.

3.5 FLUXO DE ATENDIMENTO

3.5.1 A Atenção primária e as Unidades Básicas de Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é baseado em um modelo que identifica as demandas de uma determinada população, sendo capaz de fornecer respostas para as condições identificadas. O primeiro passo para a sua formulação foi dado em 1978 na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (RIBEIRO, 2007). Segundo a mesma autora, a conferência especificou oito elementos considerados fundamentais devendo ser contemplados nas ações da Atenção Primária, são eles: a educação em saúde, saneamento ambiental, programa de saúde materno infantil, prevenção de doenças endêmicas, tratamento correto das doenças mais comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção da saúde mental e da boa alimentação.

Com a Conferência deu início uma discussão sobre a mudança do modelo assistencial, até então vigente, o qual tinha como foco a doença, passando a olhar o indivíduo como um todo, baseado no novo conceito de saúde da OMS: *“saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”* (SILVA; WAISSMANN, 2005, p. 240). Como toda nova estratégia a implantação nunca é fácil, embora o conceito e a intenção fossem boas, a princípio a atenção primária não funcionou como o esperado, precisando da adoção de novas estratégias que dessem a atenção necessária para a população e que fosse capaz de prestar um atendimento integral.

Como meio de inovar e aperfeiçoar a atenção primária surge em 1990 novos programas como: o Programa de Agentes Comunitários e o Programa de Saúde da Família (BRANDÃO *et al*, 2013). Após a criação do programa de saúde da família, o ministério da saúde passou a considera-la a principal estratégia de intervenção na atenção primária, garantindo um financiamento cada vez mais crescente. Essa estratégia veio com o objetivo de se contrapor aquele modelo baseado na especialização da prática profissional, trazendo à tona um modelo que tem como foco a família e a relação profissional-usuário, não se baseando apenas na doença e na técnica, mas sim em todo o processo que envolve o indivíduo. Deste modo, é possível traçar uma assistência diferenciada e integral, garantindo uma maior resolutividade às necessidades identificadas (BARBOSA *et al*, 2013).

Sendo a Unidade de Saúde da Família (USF) um serviço oferecido pelo SUS, o mesmo deve seguir os princípios instituídos na lei orgânica 8080/90. Com a finalidade de prestar a assistência a todos que necessitem dela, um deles que é muito citado e que gera muitas dúvidas, é a universalidade de acesso. O termo “acesso” relacionado aos serviços de saúde vem sendo amplamente discutido entre os autores, ocasionando divergências de sentido.

De acordo com Penchansky e Thomas *apud* Santos (2012), acesso é a capacidade dos indivíduos buscarem e obterem a atenção á saúde de forma rápida e de acordo com as suas necessidades. Assim, relaciona-se o acesso não só a capacidade de ofertar um serviço, mas também a qualidade do mesmo. Logo, ainda que as USF sejam consideradas porta de entrada para o atendimento, apenas o fato delas existirem não garante o acesso aos usuários, pois além de existir, o serviço deve ser capaz de fornecer subsídios e recursos que devem ser utilizados por aqueles que necessitam.

Segundo Donabedian *apud* Cunha e Silva (2010), a acessibilidade refere-se a dois aspectos: as características organizacionais dos serviços e a possibilidade dos indivíduos superarem os obstáculos que de alguma forma impedem que utilize os serviços oferecidos. O autor traz um fluxo (figura 01) exemplificando o conceito de acessibilidade de acordo com Donabedian.

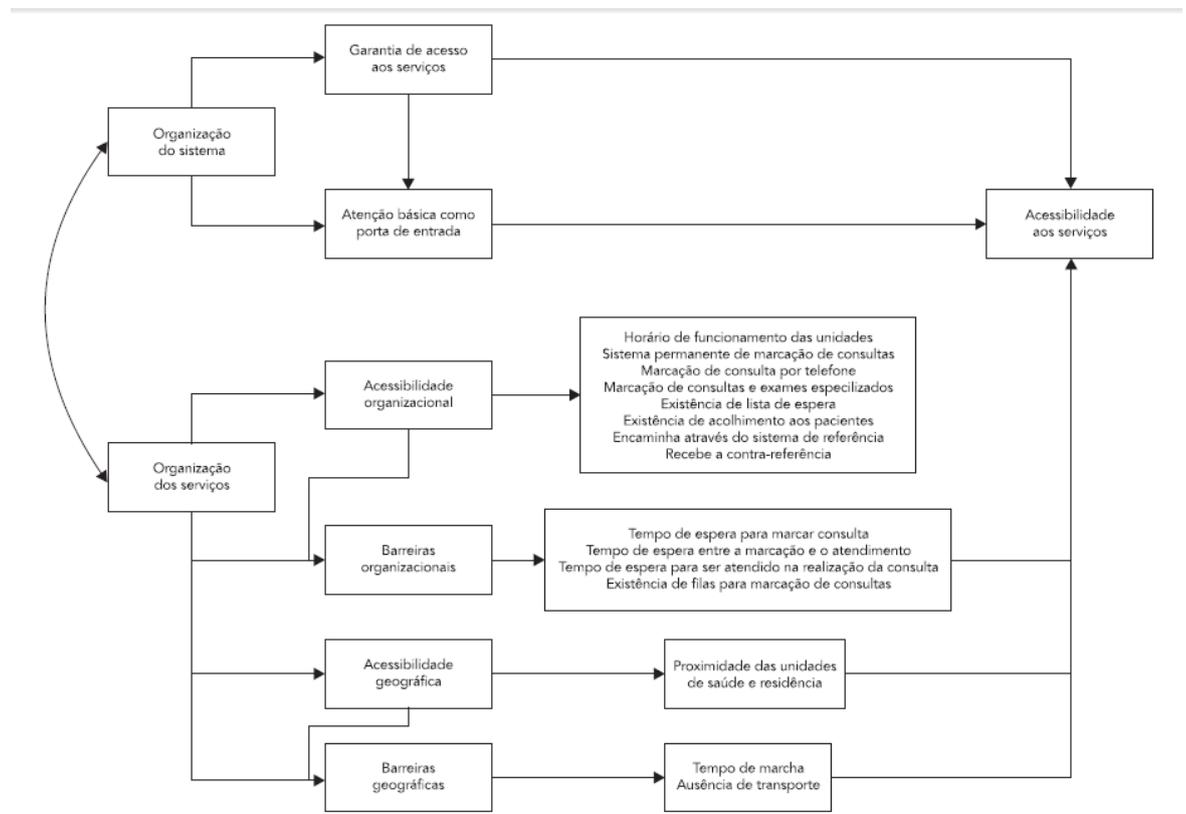
O primeiro corresponde às características e recursos oferecidos pelo serviço que podem dificultar ou facilitar os esforços dos usuários para conseguirem o atendimento. Quanto à dimensão geográfica relaciona-se a distância, o tempo e os custos gerados pela ida do usuário ao serviço de saúde.

Compreender o acesso e a acessibilidade como princípios que devem ser seguidos, e que a partir dele melhores resultados podem ser obtidos em relação às intervenções em saúde, facilita o processo do cuidado e de sua continuidade em todos os níveis de assistência, pois o objetivo dessa garantia é que o cuidado seja mais qualificado e humanizado.

O termo 'acesso' é compreendido na perspectiva do ingresso ou entrada no sistema, relacionado à utilização, enquanto que 'acessibilidade' vem sendo adotado, de uma maneira geral, como as características da oferta de serviços de saúde que contribuem de forma positiva ou negativa para a utilização dos serviços por parte dos usuários (SILVA JUNIOR *et al*, 2010, p. 50).

Deste modo, o acesso ganha uma dimensão sócio organizacional da prestação do serviço, fundamentando-se em outro princípio do SUS, o da integralidade da assistência, ou seja, no acolhimento, no cuidado continuado, vínculo profissional-usuário e na referência e contra referência, garantindo que o usuário receba toda a assistência conforme as suas necessidades.

Figura 01- Conceito da Acessibilidade segundo Donabedian



FONTE: CUNHA;SILVA (2010)

Um dos principais fundamentos que possibilita o acesso e um atendimento integral é a relação usuário-profissional, visto que se construído de maneira sólida garante o acesso, o acompanhamento e a adesão ao tratamento. Esta relação deverá ser pautada com foco na família e na comunidade, voltando-se para a saúde e não para a doença. Faz-se necessário tratar a APS com a estratégia de saúde da família como a porta preferencial de entrada ao sistema, com a finalidade de garantir o atendimento integral das demandas de saúde dos usuários, seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

Ainda pensando na reorientação da assistência prestada foi observado que as mulheres são as maiores frequentadoras das USF, deste modo o Ministério da Saúde percebeu a necessidade de criar políticas que beneficiassem esse estrato da população. Sendo assim, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, sendo limitada, na época, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Com a implantação do programa surgiram questionamentos e críticas, principalmente do movimento feminista, que caracterizou a política como reducionista, relacionando as mulheres como órgãos reprodutores, sendo que para a maior parte de sua vida não era garantido uma assistência (PAISM, 2011).

Levando em conta as críticas e a verdadeira necessidade da atenção mais específica a saúde da mulher, foi proposto, segundo a PAISM (2011), ações que contemplassem as particularidades dos estratos populacionais, as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas. Considerando a saúde da mulher uma prioridade, é criado em 1984 a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) – Princípios e Diretrizes”, contando com a parceria de alguns movimentos populares, como o das mulheres, negros e trabalhadores rurais, dentre outros. A Política incorporou os princípios e diretrizes do SUS.

Nesse novo programa, a saúde da mulher é observada de modo mais integral, incluindo ações educativas de prevenção, diagnóstico, tratamento, dentre outros, de acordo com as necessidades identificadas a partir do perfil das mulheres. Entre uma das ações mais amplamente disseminadas está a de prestar uma atenção às mulheres portadoras do HIV e outras DST. Para que seja fornecido o atendimento adequado o Ministério da Saúde lança mão de um fluxo de atendimento, que consiste desde a entrada dessa mulher no serviço, até a referência e contra referência, garantindo o devido acompanhamento e tratamento da mesma.

3.5.2 Fluxo de Atendimento como estratégia para o Atendimento Integral

Segundo Brasil (2006), considerando os princípios básicos do SUS de universalização, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular, os serviços de Atenção Básica devem ser estruturados para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce e a assistência que inclui cuidados, exames e tratamentos e, quando necessário, encaminhamento dos portadores de DST, HIV/AIDS, hepatites e HTLV às unidades especializadas de referência. No intuito de viabilizar e organizar o atendimento, é de grande valia estabelecer um fluxo de atendimento, este quando implantado e utilizado de forma adequada pode ser capaz de oferecer uma assistência integralizada e qualificada aos usuários do SUS.

Entende-se o fluxo como uma árvore com ações que deverão ser seguidas pelos profissionais, de forma unidirecional, com o intuito de que toda a assistência prestada garanta: o melhor acolhimento e atendimento a usuária que procure o serviço, o acesso a informações, ao aconselhamento, aos encaminhamentos e aos exames necessários para garantir o seu bem estar e a sua saúde, ou seja, que assegure o acesso e a integralidade na assistência.

Sabe-se que as USF deverão ser porta de entrada para a comunidade, é a partir desta unidade que as demandas serão geradas, que o atendimento será organizado e as necessidades dos sujeitos serão identificadas. Acredita-se que o fácil acesso da comunidade, o vínculo já estabelecido entre usuário/profissional são condições que favorecem a admissão e permanência do usuário no serviço.

O fluxo terá início no primeiro momento em que o sujeito procura a unidade, essa busca poderá ser precedida por um agendamento ou um atendimento imediato, ou seja, por demanda espontânea. O modo como o serviço está organizado influencia no acesso do usuário, logo se dificultada à consulta, se não for realizado o acolhimento, criação do vínculo profissional-usuária, a mulher tende a não voltar ao serviço ou a sua adesão ao tratamento é baixa.

Geralmente, o primeiro atendimento se dá na recepção, no primeiro contato entre pessoas, no qual a recepcionista inicia o acolhimento da usuária, sendo que esta é uma ação a ser executada por todos servidores e significa ouvir, estabelecer um vínculo de confiança e dar resolutividade aos problemas apresentados, estabelecendo uma relação de respeito mútuo.

A entrada do usuário no serviço consiste numa busca por resolução de seus problemas e quando o mesmo encontra alguém que o acolha, o escute e que seja capaz de conduzi-lo a essa resolução, eles se sentem confiantes quanto ao serviço prestado e se sentem parte do seu processo de cuidado. Não é incomum indivíduos procurarem as unidades de saúde sem apresentar queixas delimitadas, então quando se exerce a escuta ampliada se torna possível identificar os motivos verdadeiros que o levaram ao serviço, consiste muitos deles associado a desordens sociais e psicológicas, que acabam por se manifestarem através de problemas físicos.

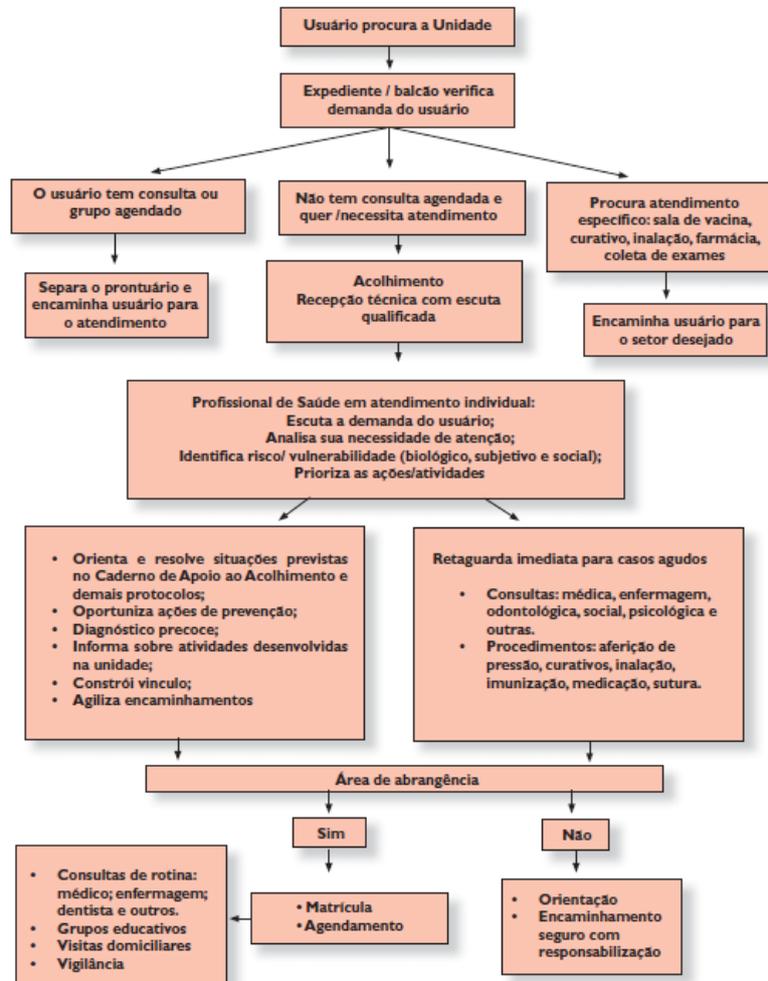
Destarte, de acordo com Macedo *et al* (2011), o acolher se torna um elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do processo de trabalho, pautado nos princípios do SUS, permitindo a identificação das necessidades dos usuários, os riscos e vulnerabilidades a que estão expostos.

O acolhimento é uma diretriz operacional que parte dos seguintes princípios: 1. Atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. 2. Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional - equipe de acolhimento-, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. 3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO *et al*, 1999, p. 347).

Esse método trata-se de uma estratégia de inclusão que demanda dos profissionais de saúde capacitação a respeito de estratégias para ouvir, acolher, compreender, precisando também de conhecimento a respeito do processo saúde doença. Diante disso, a equipe deverá ser capaz de prestar um atendimento interdisciplinar, articulados com outros setores, de modo a atender todas as demandas da comunidade (SANTOS; SANTOS, 2011).

Com o objetivo de estruturar o seu atendimento, a secretaria municipal de São Paulo estipulou, com base no que o ministério preconiza, um fluxo de acolhimento capaz de atender, se seguido corretamente, as necessidades da população.

Figura 02: Fluxo De Acolhimento



FONTE: Secretaria Municipal de Saúde- SP, 2010

No contexto do acolhimento na qual deverá ser pautada a USF, a humanização é ponto chave.

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Portanto, para a construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (HUMANIZASUS, 2002, p. 6).

Quando se fala em humanização, tem-se em mente algo utópico e sem tanta importância, especialmente para os profissionais. Entretanto, um atendimento humanizado gera diversas vantagens, tanto para os profissionais que se sentem mais satisfeitos e felizes em

trabalhar, quanto para os usuários que se sentem confiantes no serviço, pois ocorre a criação de um vínculo profissional-usuário, este deve garantir a volta do usuário ao serviço, a adesão ao tratamento estabelecido e o acompanhamento sempre que necessário.

A equipe de USF é o primeiro contato que as usuárias têm com o serviço de saúde, assim, elas precisam de acolhimento, especialmente quando procuram o serviço para consulta de preventivo, momento no qual elas ficam receosas e constrangidas. Portanto, o estabelecimento do vínculo deve ser priorizado, favorecendo a confiança, para que as dúvidas possam ser tiradas, sanadas e os medos possam ser ouvidos, traçando a melhor forma de prestar a assistência integral para as usuárias.

Embora o fluxo de atendimento se dê de forma unidirecional, quando se conhece a história da usuária e as suas necessidades, as orientações serão dadas de acordo com a demanda da mesma, abrindo espaço para o diálogo influenciando no processo do cuidado.

Seguido ao acolhimento ocorre à consulta, devendo ser realizada a anamnese, preenchendo todos os dados de forma correta, o exame físico e o exame ginecológico, neste último, inclui o exame Papanicolau. Através dessas condutas, tem-se uma hipótese diagnóstica, que pode ou não ser confirmada com base em exames complementares. Elas não devem ser limitadas e guiadas apenas pelas queixas apresentadas pelas usuárias, devendo aproveitar a oportunidade para realizar um exame completo.

Para que a anamnese seja bem realizada precisa haver uma interação entre o profissional e a usuária. Algumas questões carecem ser priorizadas, como a queixa principal, os antecedentes gineco-obstétricos, história pessoal ou antecedente e história familiar. Nesse momento é possível saber se a paciente já foi exposta a alguma DST, se possui comportamento de risco, se existem alguma história de câncer de mama ou outro na família, quais são os sintomas apresentados, dentre outros.

Conforme com o que foi relatado e observado no exame físico e ginecológico, o profissional deve ser capaz de “encaixar” o caso em alguma síndrome da abordagem sindrômica. Mesmo se tratamento de uma consulta ginecológica, o exame físico não deve ser limitado para a mama e genitália, sendo necessário a realização do exame completo, céfalo-caudal.

Para o exame ginecológico, além da inspeção, o procedimento de rastreamento que deve ser realizado é o exame de Papanicolau. Este consiste em uma sequência de etapas, desde a coleta do material da cérvix e do colo do útero a testes laboratoriais, sendo que ao final é possível identificar alterações suspeitas de transformações neoplásicas (NASCIMENTO *et al*, 2012).

Mesmo existindo exames com tecnologias mais avançadas, o Papanicolau ainda é o mais utilizado para rastreamento das lesões cervicais, considerando-se o mais efetivo e eficiente dos exames (CORREA *et al*, 2012).

O profissional que for realizar esse exame deve ser capacitado, já que não raramente as amostras colhidas apresentam-se insatisfatórias, constituindo-se numa nova coleta, que nem sempre se torna possível, pois há uma dificuldade das mulheres retornarem ao serviço, perdendo o profissional a chance de captar uma usuária. A periodicidade com que as mulheres devem realizar o exame do Papanicolau varia a depender da situação apresentada por ela. Recomenda-se a realização da colpocitologia oncótica a cada três anos, caso o resultado de dois exames consecutivos derem negativos, com intervalo de um ano em mulheres sexualmente ativas (Diretrizes HIV/AIDS e outras DST, 2008).

Já as mulheres tratadas por lesões cervicais devem ser seguidas de rotina, após tratamento, pelo exame ginecológico com ácido acético 2%, teste de Schiller e colpocitologia oncótica a cada 3 meses, por 6 meses; em seguida, a cada 6 meses, por 12 meses e após este período, anualmente, se não houver recorrência (PEREIRA, 2012). Após exame caso seja identificado lesão de grau I não é necessário realizar demais exames, com retorno após 6 meses para nova coleta. Existem algumas diferenciações quanto essa periodicidade, como nos casos de mulheres que possuem associado ao HPV o vírus do HIV. Nesses casos o acompanhamento deve ser feito semestralmente, e na presença de alguma lesão, independente do grau, a usuária precisa ser encaminhada para a realização da colposcopia e da biópsia dirigida, porque as chances de regressão espontânea são diminuídas, visto que o seu sistema imune está deficiente. A figura 03 demonstra como é feita a recomendação segundo o Ministério da Saúde, para o encaminhamento em caso de resultado anormal.

Figura 03: Recomendações iniciais após resultado de exame Citopatológico anormal

Resultados		Grau de suspeição	Conduta	
Atipias de significado indeterminado	Em células escamosas	Provavelmente não neoplásica	Menor	Repetição da citologia em 6 meses (≥ 30 anos) ou 12 meses (< 30 anos)
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Em células glandulares	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
	De origem indefinida	Provavelmente não neoplásica	Maior	Encaminhamento para colposcopia
		Não se pode afastar lesão de alto grau	Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células escamosas	Lesão intraepitelial de baixo grau		Menor	Repetição da citologia em seis meses
	Lesão intraepitelial de alto grau		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Carcinoma epidermoide invasor		Maior	Encaminhamento para colposcopia
Atipias em células glandulares	Adenocarcinoma <i>in situ</i>		Maior	Encaminhamento para colposcopia
	Adenocarcinoma invasor		Maior	Encaminhamento para colposcopia

FONTE: INCA, 2011

Ainda que o resultado do Papanicolau seja imprescindível para a adoção da terapêutica adequada, é indicado que os profissionais não esperem esse tempo para tratar a mulher, aproveitando o momento e a ida dessa usuária ao serviço para já instituir um tratamento. Isso é feito através do uso da abordagem sindrômica. Ela consiste em uma árvore de ações e decisões que contém informações para o manejo da paciente, através da análise dos sinais e sintomas da mesma, sendo que a depender da queixa principal ela se encaixará em alguma dessas quatro síndromes: síndrome do Corrimento uretral, síndrome do corrimento vaginal, dor pélvica e úlceras genitais (BRASIL, 2006).

O profissional de enfermagem capacitado seguindo os passos dos fluxogramas da abordagem pode fazer o diagnóstico sindrômico, que é baseado nos sinais e sintomas apresentados pelas usuárias durante a consulta, iniciar o tratamento imediato e realizar aconselhamento.

Após a coleta do Papanicolau, segundo o INCA (2011), a requisição para a análise do material deve ser preenchida de forma clara e legível e juntamente com a lâmina devem ser encaminhados para o laboratório. Todas as mulheres que realizam a citologia oncótica devem ser cadastradas em um sistema de informação, chamado SISCOLO (Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero) no próprio laboratório que recebem o material coletado e a requisição.

Este sistema é um instrumento criado em 1999 através de uma parceria do INCA com o Departamento de informática do SUS (DATASUS) e funciona como ferramenta para a gerência das ações de um Programa denominado “Viva Mulher” (INCA, 2014). O Programa em questão foi outra estratégia criada no ano anterior a implantação do SISCOLO, também através de uma parceria do Ministério da Saúde e do INCA, com o objetivo, especialmente, de reduzir as taxas de mortalidade, a incidência e as possíveis repercussões que o câncer de colo do útero pode ocasionar nas mulheres (TEIXEIRA *et al*, 2002).

O sistema de informação, segundo Brasil (INCA, 2011), é um elemento fundamental para o controle do câncer de colo do útero e o seu principal objetivo é fornecer informações para os gestores colaborando para a tomada de decisão no processo de planejamento de estratégias para avaliar e controlar a incidência desse tipo de câncer.

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) é um sistema específico do Ministério da Saúde para o fornecimento e análise dos dados dos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame de preventivo do colo do útero, referentes ao programa de controle do câncer do colo do útero no Brasil (PEREIRA, 2010, p. 21).

Os dados gerados pelo sistema permitem ainda a avaliação da cobertura da população, a prevalência das lesões intraepiteliais, a situação de seguimento das mulheres com anormalidade em seus exames, dados sobre o acompanhamento e aperfeiçoamento das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento (INCA, 2014). Relevante esclarecer que apenas as mulheres que realizaram o exame Papanicolau na rede SUS são cadastradas no SISCOLO.

Todas as mulheres devem ser cadastradas no sistema, no entanto àquelas que apresentam alguma anormalidade o resultado é encaminhado para a USF acompanhado de um impresso de busca ativa dessa usuária. Segundo Martins *et al* (2013), a busca ativa é um modo de deslocamento dos profissionais de saúde para fora do serviço, com a finalidade de conhecer a realidade da comunidade em que os pacientes estão inseridos. Neste estudo o termo em questão se refere a uma estratégia de captação das mulheres que foram diagnosticadas com o HPV e com lesão no colo do útero, para que as mesmas retornem as unidades de saúde.

As UBS não possuem a sua disposição exames que confirmem a presença de lesões intra epiteliais, a busca ativa é mais que necessária para que então ocorra o encaminhamento para unidade de referência, na qual será realizada a colposcopia e a biopsia dirigida, identificando assim a presença e o grau da lesão. Nesse mesmo local ocorre o tratamento e a realização de um novo exame de Papanicolau, dando negativo para alterações a usuária será contra referenciada para sua unidade de origem. Caso não apresente lesões subclínicas, porém, possua os condilomas acuminados a mulher deverá ser tratada pela unidade de referência e acompanhada pela unidade de origem para casos de recidivas.

Considerado que o aconselhamento é um dos momentos mais importantes do fluxo de atendimento, deve ocorrer antes do encaminhamento para a unidade de referência, visto que com o possível diagnóstico de HPV a mulher se sente ainda mais vulnerável e com um misto de sentimentos, além da falta de conhecimento a respeito da infecção.

O Aconselhamento consiste em um processo educativo e pode se desenvolver através de um diálogo interativo, baseado em uma relação de confiança. Tem um papel importante na promoção da saúde, pois visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos e tome decisões realistas quanto a sua prevenção e aos problemas que possam estar relacionados às DST/HIV/Aids e às Hepatites Virais (BRASIL, 2005, p. 13).

Assim, o aconselhamento consiste em fornecer todas as informações a respeito do diagnóstico, da doença, desmistificando tudo aquilo que seja considerado mito, ouvir e tirar todas as dúvidas, informar como deverá ser o tratamento, para onde ela será encaminhada, convocar o parceiro para participar do tratamento e para entender e confortar a mulher, dando-lhe apoio, informar sobre a necessidade da utilização de preservativos e da realização da testagem para o HIV (anti- HIV) e sífilis (VDRL).

Diante do exposto entende-se a importância de um maior empenho dos profissionais, para que o fluxo de atendimento seja seguido de forma correta, para que todos os aspectos sejam abarcados, visto que a infecção pelo HPV ainda gera muitos tabus e dúvidas. É imprescindível que as Unidades Básicas sejam capazes de oferecer o exame Papanicolau em horários flexíveis e de boa qualidade para que o rastreamento ocorra adequadamente, reduzindo o número de mulheres com lesões de alto grau que podem evoluir para um câncer de colo do útero. Além disso, os profissionais de saúde devem compreender a importância da educação em saúde, para que as mulheres com diagnóstico do HPV, sejam capazes de serem protagonistas das decisões relacionadas a sua saúde, apoderando-se do seu cuidado, aumentando a sua adesão ao tratamento, tornando-as capazes, especialmente, de se protegerem e protegerem os seus parceiros.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

O estudo em questão trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem de natureza qualitativa, que busca compreender, traçar e avaliar o fluxo de atendimento às usuárias que se descobrem com o HPV no município de Santo Antônio de Jesus.

Segundo Turato (2005, p. 509) a “metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, conforme a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas compreender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas”. Nesse tipo de abordagem as amostras são escolhidas, ou seja, são propositais, já que se busca entender o contexto específico daquele grupo, não sendo necessário, nem útil, generalizar para todos os casos.

4.2 Sujeito do Estudo

A população de estudo foram 07 (sete) mulheres acima de 18 anos que apresentaram diagnóstico confirmado de HPV, que aceitaram participar da pesquisa e que foram assistidas na Policlínica do Município de Santo Antônio de Jesus/ Ba no período de julho a agosto de 2014.

4.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídas do estudo mulheres menores de 18 anos; Aquelas que não apresentarem diagnóstico confirmado do Papiloma Vírus; E aquelas que não foram assistidas na Policlínica.

4.4 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em Santo Antônio de Jesus, município considerado a capital do Recôncavo da Bahia, localizado a 187 Km de Salvador, à margem da BR-101, fazendo limite com os municípios de Aratuípe, Conceição do Almeida, Dom Macedo Costa, Elízio Medrado, Laje, Muniz Ferreira, Nazaré, São Felipe e São Miguel das Matas e Varzedo. A cidade consta segundo o IBGE (2010) de 90.985 pessoas, sendo que a estimativa para o ano de 2013 é que a população cresça para 99.407. Ela teve sua emancipação política no dia 29 de maio de 1880 sendo considerada até então como vila, só em 30 de julho de 1891 foi elevada à categoria de Cidade.

No que diz respeito ao sistema de saúde, o município assume a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde o ano de 2006, sendo subdividido em 4 Distritos, dentre os quais se distribui 21 Unidades de Saúde da Família (USF), 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 2 equipes de NASF. Ressaltando que todas as USF e UBS oferecem o Atendimento à Saúde da Mulher, como o Pré Natal, planejamento familiar e o Preventivo. Ademais, o município é sede da 4ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES) e conta com alguns serviços de referência, como: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) I e II e Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Assistência Especializada (CTA/SAE), sendo este último o centro de referência para atendimento das DSTs, HIV/AIDS e Hepatites virais, ele oferece esses serviços não apenas para o Município de Santo Antônio de Jesus, mas atende também as cidades circunvizinhas.

A rede de média e alta complexidade do município é organizada da seguinte forma: Hospital Maternidade Luiz Argolo, Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ), uma Policlínica Municipal, Laboratórios de Análises Clínicas vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e privados, e outros hospitais e clínicas particulares.

Desde o ano de 2006 o Centro de Ciências da Saúde (CCS), um dos campi da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), encontra-se em funcionamento oferecendo cursos vinculados à área da saúde, como: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), Enfermagem, Nutrição e Psicologia.

A presente pesquisa foi realizada em uma unidade de média complexidade, a qual oferece uma gama de serviços de saúde, desde o diagnóstico ao tratamento ambulatorial. Nessa unidade atende várias especialidades, dentre eles: gastrointestinal, cardiologia, ginecologia e obstetrícia, mastologia, neurologia, oftalmologia, dentre outros.

4.5 Coleta e análise de Dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi- estruturada (Apêndice A), ou seja, fazendo uso de um roteiro previamente elaborado na qual toda a entrevista foi gravada para posterior transcrição.

Segundo Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada parte de questionamentos básicos que serão guiados por teorias e hipóteses, que interessam ao objetivo do trabalho, e conforme as respostas dos entrevistados, novos questionamentos vão surgindo e novas hipóteses serão criadas, dessa forma, o informante, “seguindo espontaneamente a linha de seu

pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa” (Triviños, 1987, p. 146).

Além do uso da entrevista, outro método de coleta de dados foi utilizado pela pesquisadora: a observação livre da dinâmica de três USF do município para atendimento das mulheres com o HPV; e a observação da unidade de referência, na qual consultas realizadas pela enfermeira foram assistidas, concomitantemente registradas em um diário de campo os traços importantes observados para se alcançar os objetivos do estudo.

Quando se usa a observação livre deve-se ter em mente que não é simplesmente olhar, observar segundo Triviños (1987, p. 153), “é destacar de um conjunto (objetos, pessoas, animais etc.) algo especificamente, prestando, por exemplo, atenção em suas características (cor, tamanho etc.)”.

Esse tipo de coleta de dados ajuda a pesquisadora a identificar dados sobre os objetivos do estudo que provavelmente os entrevistados deixam passar, por desconhecimento ou por acharem irrelevantes. Na pesquisa em questão, a observação das consultas proporcionou o conhecimento acerca dos encaminhamentos que os profissionais fazem quando as mulheres são diagnosticadas com o HPV, quanto às manifestações que elas apresentam e de que forma a doença é diagnosticada (abordagem clínica e/ou laboratorial).

Através da fundamentação teórica adquirida durante todo o processo de construção do projeto, a pesquisadora realizou a análise de dados, que foi organizada e categorizada de modo a alcançar os objetivos da pesquisa, seguindo o fundamento da análise de conteúdo de Bardin, que diz:

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

4.6 Aspectos éticos

Este projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa, sendo obedecidos todos os critérios da resolução 466/2012, já que se trata de estudo em seres humanos. E foi aprovado com o número do parecer 605-927. Os sujeitos da pesquisa permitiram a participação através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual estavam disponíveis informações acerca dos objetivos do estudo e da técnica de coleta de dados. A entrevista foi realizada em local privativo, combinado com o entrevistado, levando em consideração o agendamento e a disposição do mesmo, caso o entrevistado se sentisse

constrangido com os questionamentos, pôde lançar mão do direito de não responder ou até mesmo desistir, porém, sua desistência não causou danos à pesquisa, nem ao seu atendimento.

O objetivo da ética em pesquisa com seres humanos é minimizar a possibilidade de exploração e assegurar que os participantes da pesquisa sejam tratados com respeito, enquanto contribuem para o bem social (BERNARDES, 2008 *apud* EMANUEL, 2006).

O Código de Ética Médica absorveu as orientações internacionais para a realização de pesquisas com seres humanos, a fim de assegurar três preceitos fundamentais: “autonomia individual, a proteção de grupos vulneráveis e o respeito à dignidade humana” (CARRATO, 2008, p. 132).

É com essa linha de pensamento e obedecendo as normas, que como relatado anteriormente foi necessária a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para garantir os direitos e princípios éticos dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil sócio econômico e demográfico das mulheres entrevistadas

Sabido que o HPV é um problema de saúde pública e o principal fator desencadeante do câncer de colo do útero, é relevante compreender a diversidade dos fatores socioeconômicos e demográficos das mulheres que apresentam alguma lesão intraepitelial, para que então haja ações mais energéticas, por parte do município, com foco nessa população considerada de risco.

A seguir a tabela 01 demonstra o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres entrevistadas e atendidas em uma unidade de referência no município de Santo Antônio para tratamento do HPV.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico e demográfico das 08 (oito) mulheres entrevistadas, Santo Antônio de Jesus-BA, 2014.

VARIAVÉIS	N
FAIXA ETÁRIA	
15 A 19 ANOS	01
20 A 29 ANOS	03
30 A 39 ANOS	02
40 A 44 ANOS	01
45 A 49 ANOS	01
ESCOLARIDADE	
NÃO ALFABETIZADA/FUND INCOMP	02
MÉD COMP/ SUP INCOMP	06
COR DA PELE (AUTO DECLARADA)	
BRANCA	02
NEGRA	04
PARDA	02

ESTADO CIVIL	
CASADA	04
SOLTEIRA	02
DIVORCIADA	01
UNIÃO ESTÁVEL	01
RENDA MENSAL	
NÃO POSSUI RENDA	02
< DE UM SALÁRIO MÍNIMO	03
DE 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS	02
DE 3 A 6 SALÁRIOS MÍNIMOS	01

FONTE: Entrevistas realizadas pela pesquisadora

Com base na análise da tabela acima é possível perceber que 5 (cinco) mulheres estão na faixa etária de 20 a 39 anos enquanto que as demais faixas etárias, de 15 a 19 anos, de 40 a 44 anos e de 45 a 49 anos possuem apenas 1 (uma) mulher em cada. Esse dado corresponde quando se leva em conta que a população de mulheres total de acordo com o censo de 2010 do município estudado correspondia a 48.020 mulheres, sendo que destas 19.946 (41,5%) se encontram na faixa etária de 20 a 39 anos.

Esse perfil da população a torna mais vulnerável a adquirir alguma DST, inclusive o HPV, pois se tratam de mulheres com vida sexual ativa, logo, expostas a ter mais parceiros sexuais e ter relações sexuais desprotegidas. Segundo (MENDONÇA *et al*, 2010), em um estudo com mulheres usuárias de um serviço de referência para atenção integral a saúde da mulher vinculado ao SUS na cidade do Recife- PE, em média 50% da população em idade reprodutiva, considerada sexualmente ativa, estejam com algum tipo de HPV. A importância de identificar a idade considerada mais vulnerável ou com maior risco de adquirir o HPV é devido a possível evolução de uma lesão intraepitelial causada pelo vírus para um câncer de colo do útero.

De acordo com (MURATA *et al*, 2012) a faixa etária mais acometida pelo câncer de colo do útero é 40 a 60 anos, sendo que em idades inferiores a 40 é menos frequente. Isto se dá pelo tempo de evolução da infecção pelo HPV, logo, se mulheres entre 20 e 39 anos são as

mais acometidas com a infecção, se não tratadas elas irão evoluir para o câncer de colo do útero na faixa entre 40 a 60 anos. Sabendo a idade mais afetada, o governo pode propor estratégias para captação dessas mulheres para que seja realizada a prevenção da infecção ainda na fase inicial, impedindo a sua possível evolução. Importante avaliar que devido à precocidade com que as mulheres têm começado as atividades sexuais, as lesões têm aparecido cada vez mais cedo e evoluindo mais rapidamente para lesões de alto grau e câncer.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) em parceria com o Ministério da Saúde lançou em 1998 o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de útero (PCCU), o qual estabeleceu que mulheres entre 35 e 49 anos devem ter atendimento prioritário, porém, entendendo que o perfil das mulheres com lesões mudou, em 2002 esse atendimento foi ampliado para todas as mulheres, independente da faixa etária, que nunca haviam realizado um exame de Papanicolau (ETLINGER, 2008). Nesse mesmo ano milhares (3 milhões e 263 mil) de mulheres foram examinadas, destas, 4,7 mil foram diagnosticadas com o câncer invasivo e outras 53,9 mil estavam com alguma lesão no colo do útero causados pelo HPV, destas a média de idade predominante foi de 29,7 anos para lesões de baixo grau e 36,3 anos para lesões de alto grau (INCA, 2008). De acordo com os dados acima, a maior prevalência foi em mulheres fora da idade determinada pelo PCCU, por isso a importância de não se limitar a idade para o rastreamento e atendimento prioritário de todas as mulheres, garantindo a realização de exames periódicos de modo a evitar a evolução da doença.

Além da importância dos serviços de saúde garantirem o acesso e o atendimento adequado, as mulheres também devem buscar as unidades periodicamente rompendo as barreiras que a impedem de realizar o exame tornando um hábito a procura pelo atendimento. O que acontece frequentemente é a busca ao serviço quando a usuária apresenta algum sinal e ou sintoma, porém elas aparecem quando a lesão no colo do útero já está avançada. De acordo com Pimentel (2011), o medo do diagnóstico, o desconhecimento do exame e de sua finalidade, a vergonha, são alguns dos fatores individuais que dificultam e ou impedem a ida da usuária ao serviço para a realização do exame Papanicolau.

Com relação ao nível de escolaridade 6 (seis) apresentavam o ensino médio completo/superior incompleto, e apenas 2 (duas) mulheres não possuíam instrução ou fundamental incompleto. De acordo com o censo 2010 em relação ao estado Bahia, 49,5% da população não possuem instrução ou o fundamental incompleto, correspondendo à maioria da população, seguido por ensino médio completo/superior incompleto, no total de 18%. Não divergindo do dado estadual, a realidade do município de Santo Antônio de Jesus é a mesma, o censo de 2012 traz que a maior parte da população (44,5%), não possui instrução ou

fundamental incompleto, seguido também por ensino médio completo/superior incompleto, correspondendo a 22% da população. O grau de escolaridade inverteu a ordem quando comparado com os dados do censo, uma vez que a maioria das entrevistadas possui ensino médio completo e ou superior incompleto.

Correlacionando o grau de escolaridade com a renda das entrevistadas, têm-se que 2 (duas) mulheres relataram ganhar entre 1 e 3 salários mínimos, 3 (três) ganham menos de um salário, 2 (duas) não possuem renda e apenas 1 (uma) tem uma renda superior a 3 salários mínimos. Diante do exposto conclui-se que uma grande parcela das mulheres é de baixa renda. O censo 2010 do estado da Bahia traz que existem 4.255,479 pessoas sem rendimento, destas 2.251,984 (53%) são mulheres. Ainda que nas últimas décadas as mulheres tenham adquirido uma maior independência, se inserindo cada vez mais nos espaços considerados masculinos, elas ainda sofrem com as desigualdades e a discriminação.

Observa-se que as mulheres têm apresentado um nível de escolaridade cada vez mais alto, porém, quando inseridas no mercado de trabalho, elas possuem salários inferiores quando comparados aos dos homens. Mesmo que recentemente esta disparidade tenha diminuído, o fato da mulher estar ganhando espaço não a abstém de exercer também o papel de mãe, esposa e administradora do lar, fatores que diminui as suas chances de emprego e as direciona para ocupações e jornadas de trabalho inferiores (BATISTA; CACCIAMALI, 2009).

O censo traz ainda que das mulheres que possuem renda, 70% recebem menos de um salário mínimo e 22% recebem entre 1 a 3 salários mínimos. Pode-se relacionar a baixa renda da grande maioria das mulheres ao fato também da pesquisa ter sido realizada em um centro de saúde associado ao SUS, logo a sua demanda geralmente constitui-se de pessoas com classe econômica mais desfavorável.

Segundo Mendonça *et al* (2010), a educação associada a renda são fatores condicionantes para o acesso ao diagnóstico das lesões intraepiteliais e para o seu tratamento. Ainda de acordo com o autor os principais elementos para a baixa cobertura da citologia oncológica são o baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e baixa renda familiar. De fato as mulheres, que possuem um grau de escolaridade alto e uma renda que possibilite ter acesso à informação, possuem subsídios que as permite buscar métodos de prevenção da infecção e de compreender a doença e suas consequências, sendo elas também mais facilmente a aderir aos tratamentos e a realizarem com mais frequência o exame do Papanicolau.

Diante das desigualdades sociais a variável raça/cor pode ser utilizada como um marcador demográfico e econômico, estando os homens brancos situados no topo da pirâmide

da hierarquia, seguidos pelas as mulheres brancas, os homens negros e por fim as mulheres negras. Constatando esse fato o IBGE (2010) traz a diferença salarial entre as raças no município, no qual a branca recebe R\$ 1.138,00 reais, seguido da amarela com R\$ 898,00 reais, a parda R\$ 728,00 reais, a indígena R\$ 655,00 e a preta R\$ 575,00 reais. Lembrando que na categorização do IBGE preta e parda se encaixam em um grupo maior, que são os negros.

No Brasil o baixo nível socioeconômico está intimamente relacionado à cor/raça, das entrevistadas 4 (quatro) se auto declararam negras, 2 (duas) pardas e 2 (duas) brancas. O censo do IBGE realizado em 2010 apontava que a maior parte da população se auto declarava branca, o que diverge do perfil das entrevistadas, porém em um estudo mais recente, realizado em 2011 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) aponta que a situação inverteu, sendo que hoje o país tem cerca de 97 milhões de pessoas que se auto declaram negras (pardas ou pretas) contrapondo a 91 milhões que se auto declaram brancos. Este método de classificação étnico-racial por categorias, ainda que se mostre adequada para os estudos e pesquisas, deve ser reconhecida que a classificação auto atribuída de cor pode ser negada ou afirmada, o que pode resultar na tendência de embranquecimento das pessoas na medida em que suas possibilidades de acesso aos bens materiais e simbólicos teoricamente são ampliadas (LOPES *et al*, 2007).

Com a análise dos artigos foi possível identificar que não há uma relação direta entre HPV e a variável raça/cor, sendo o início precoce da atividade sexual, a promiscuidade, a multiparidade, baixo grau de escolaridade, o tabagismo e baixas condições sócio econômico os principais fatores de risco. Corroborando com esse fato Carvalho e Queiroz (2011), traz que poucos estudos enfocam a relação da raça/cor com o câncer cervical e a predisposição para a infecção do HPV. Quando ocorre a afirmação que mulheres negras possuem risco maior de infecção pelo HPV, refere-se às características sócio econômicas e todas as consequências que advêm disso e não em relação a fatores genéticas.

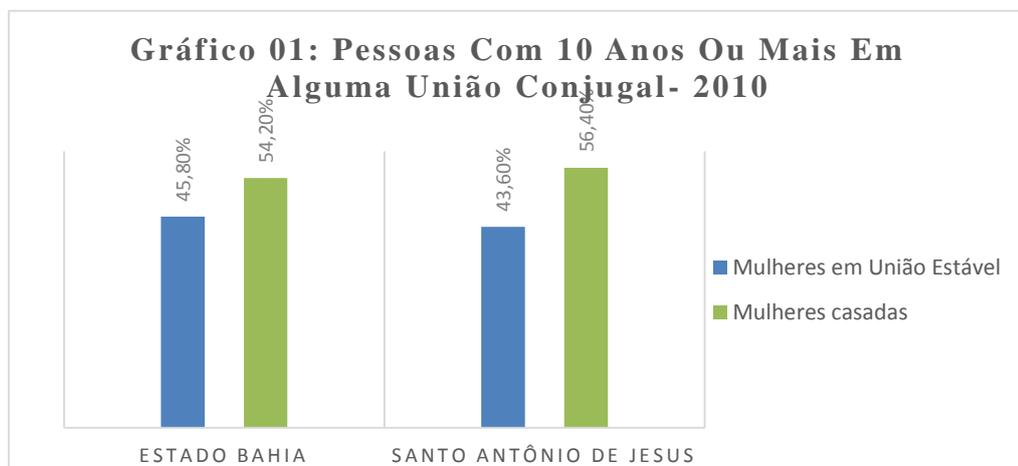
É posto que as injustiças cometidas contra as mulheres negras são heranças das desigualdades raciais e sexistas, que diferenciam as formas de inserção social, resultando em violação de direitos, impedindo as ações de políticas públicas, assim como impossibilitando o acesso à ascensão social e a um serviço de saúde humanizado, livre de preconceitos, de qualidade e acima de tudo que respeite as diversidades: cultural, sexual e racial (GOES; NASCIMENTO, 2010).

Em relação ao estado civil, 4 (quatro) são casadas, 1 (uma) está em união estável, 1 (uma) divorciada e 2 (duas) solteiras. De acordo com o censo 2010 existe uma predominância

de mulheres solteiras no estado da Bahia e no município de Santo Antonio de Jesus, porém, o número de mulheres casadas e em união estável vêm crescendo cada vez mais. De acordo com o gráfico 01 a diferença do número de mulheres casadas para as que estão em união estável é pouca, correspondendo juntas a um total de 5.540.261 na Bahia e a 37.561 em Santo Antônio de Jesus.

Ainda que o número de parceiros seja um fator de risco para a infecção pelo HPV, sendo neste caso as mulheres solteiras as mais vulneráveis, o número de mulheres em alguma união conjugal, seja ela casada ou em união estável, têm aumentado consideravelmente, incluindo-as no grupo das mais vulneráveis. Segundo Bento *et al* (2010), este fato está ligado a associação que as mesmas fazem entre confiança e sexo seguro, percebendo a doença como se fosse do outro, algo que não pode atingi-la, distanciando-se da atenção primária e da prevenção.

Gráfico 01- Pessoas com 10 anos ou mais em alguma união conjugal da Bahia e de Santo Antonio de Jesus, 2010



FONTE: IBGE, 2010

Assim sendo, os profissionais da saúde e os gestores responsáveis devem conhecer o perfil das mulheres mais acometidas pelo HPV e a partir de então, traçar um fluxo de atendimento que permita o acesso de todos e o atendimento adequado, independente da sua classe social e da sua raça/cor.

5.2 Perfil Sexual e Reprodutivo

Através da tabela 02 é possível observar o perfil sexual e reprodutivo das mulheres entrevistadas.

Tabela 02 – Perfil sexual e reprodutivo das 08 (oito) mulheres entrevistadas, Santo Antônio de Jesus-BA, 2014.

VARIAVÉIS	N
MENARCA	
8 A 10 ANOS	03
11 A 13 ANOS	02
14 A 16 ANOS	03
COITARCA	
12 A 16 ANOS	03
17 A 21 ANOS	04
22 A 27 ANOS	01
Nº DE GESTAÇÕES	
0 A 2	06
3 A 5	01
6 A 9	01
ABORTOS	
SIM	02
NÃO	06
REALIZOU O PAPANICOLAU AO MENOS UMA VEZ NA VIDA	
SIM	07
NÃO	01

FONTE: Entrevistas realizadas pela pesquisadora

A análise da tabela permite observar que 5 (cinco) das mulheres entrevistadas apresentaram a menarca quando tinha idade menor que 13 anos, ou seja, tiveram a sua maturação sexual precoce, e 3 (três) destas mulheres relataram ter menstruado pela primeira vez entre 14 a 16 anos.

Dentre os eventos que acontecem na vida da mulher a menarca é um marco, ainda que não se relacione obrigatoriamente com o ciclo ovulatório, visto que os primeiros ciclos são anovulatórios, ela caracteriza-se por ser o início da vida reprodutiva da mulher com o amadurecimento uterino, envolvendo muitas mudanças, não apenas físicas, mais também metabólicas, psíquicas e sociais (BRÊTAS *et al*, 2012). Mesmo considerado um marco a mulher só poderá ser considerada sexualmente madura no momento em que esses ciclos anovulatórios e irregulares, se tornem regulares, o que corresponderia a um período em média de 1 a 18 meses após a menarca.

De acordo com Klug e Fonseca (2006) a idade média da menarca das meninas brasileiras caiu nas últimas décadas, antes a média era de 12,9 anos e agora passou a ser de 12,2 anos, associando esse fato à melhora das condições de vida da população brasileira. Segundo Lordelo *et al* (2011) o que vêm determinando a idade precoce ou não da menarca são fatores intrinsicamente ligados a genética, a raça, peso e altura, eventos psicossociais e acima de tudo está relacionada a nutrição. Ele correlaciona a nutrição ao fato de meninas do interior terem sua menarca retardada, considerando que os recursos nesses locais são mais limitados, ao contrário dos grandes centros urbanos que oferecem maiores recursos materiais.

Existe popularmente uma grande associação da menarca com a adolescência, porém a faixa etária que caracteriza a adolescência corresponde de 10 a 19 anos, logo muitas mulheres têm vivenciado a primeira menstruação antes mesmo de entrar na adolescência. Isso gera diversas repercussões, especialmente por ser um período marcado por desequilíbrios emocionais, hormonais e metabólicos. Em um estudo realizado nos Estados Unidos, que teve como sujeitos Mulheres nascidas em 1982, na cidade de Pelotas, foi constatado que menina que apresentam menarca precoce aumenta em duas vezes mais as chances de sobrepeso quando adultas (MESA *et al*, 2006). O estirão puberal que acontece nas mulheres é desacelerado a partir do momento em que ela apresenta a menarca, ocorrendo também o maior acúmulo de tecido adiposo (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

Por isso, mulheres com menarca precoce tendem a serem mais baixas e apresentarem sobrepeso ou obesidade. Não sendo sozinho o fator causal da obesidade, o fato de que as mulheres têm apresentado menarca cada vez mais cedo, contribui para o aumento do número de mulheres com sobrepeso ou obesidade.

Analisando os dados do IBGE (2010) que traz a porcentagem de obesos e com sobrepeso no Brasil, nota-se que do ano de 1974 para o ano 2009 o número de obesos e com sobrepeso cresceu consideravelmente em todas as faixas etárias, chegando a alcançar 65% do total dos brasileiros no período de 2008 a 2009, na faixa etária de mais de 20 anos.

Burgos *et al* (2013), diz que a obesidade está associada a diversas doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, diminuindo a expectativa de vida dessas pessoas, ocasionando a longo prazo doenças que interferem nas atividades de vida diária, podendo levar a morte.

Além desses prejuízos que a menarca precoce ocasiona, existe ainda a associação que é feita entre a mesma e a coitarca precoce, logo, também pode relacioná-la com a maior probabilidade de se adquirir alguma DST. Das mulheres entrevistadas 3 (três) tiveram a sua primeira relação antes dos 16 anos, seguida de 4 (quatro) entre 17 a 21 anos, assim, percebe-se que a maioria das mulheres começou a sua vida sexual ainda jovens. Das 8 (oito) entrevistadas, apenas 1 (uma) realizou seu primeiro preventivo após o diagnóstico clínico de HPV. Quanto ao número de gestações 6 (seis) tiveram entre 0 a 2 gestações, 1 (uma) de 3 a 5 e 1 (uma) de 7 a 9. Sendo que delas apenas 2 (duas) já sofreram aborto espontâneo.

O número de parceiros sexuais é um dos principais fatores de risco para adquirir DST, inclusive HPV, logo quanto mais cedo a coitarca é, provavelmente maior número de parceiros. Associado a esse fator as jovens, na grande maioria das vezes, se relacionam com homens mais velhos, com mais experiência e que ofereçam algum tipo de segurança para elas (TEIXEIRA *et al*, 2006), com isso ficam ainda mais vulneráveis a infecção pelo HPV e outras DST, pois a experiência sexual de seu parceiro é grande, por já ter se relacionado com outras mulheres, ficando muito mais fácil de transmitir alguma DST. Homens mais velhos tendem também a submeter a suas parceiras, quando mais jovens e inexperientes, a situações mais diversas, de acordo com os seus desejos.

Além do que foi supracitado de acordo com Martins *et al* (2007), o início precoce da atividade sexual tem sido frequentemente estudado e com isso demonstrou-se que as consequências desse início prematuro, como a paridade precoce e em maior quantidade, o uso prolongado dos anticoncepcionais orais e o grande número de parceiros, são sim, fatores significativos tanto para lesões de alto grau, quanto para a sua evolução para o câncer de colo do útero.

Por isso, recentemente, o Ministério da Saúde disponibilizou a vacina contra o HPV para meninas entre 11 a 13 anos, com o objetivo de reduzir para 09 a 13 anos, pois se percebeu que com 11 anos muitas meninas já iniciaram a atividade sexual, e esta vacina é

mais eficaz se administrada em mulheres nunca expostas, ou seja, que nunca tiveram relações sexuais. A vacinação por si só não é o suficiente, sendo relevante uma maior disseminação de informações, com a finalidade das referidas adotarem comportamentos que diminuam os riscos a que estão expostas (MARTINS *et al*, 2007).

A multiparidade na adolescência tem sido associada ao aumento da morbidade materna e fetal e aos problemas psicossociais. Segundo Silva *et al* (2013) o fato de ser cada vez mais frequente adolescente virarem mães, vem gerando uma preocupação quanto a situação socioeconômica das mesmas, já que a cada nova gravidez menos chances a adolescente tem de concluir seus estudos, principalmente de achar um bom emprego e conseqüentemente de se tornarem auto suficientes. Ainda de acordo com ele essa recorrência de gravidez, ocasionando a multiparidade, está relacionada a fatores reprodutivos, com a coitarca precoce e a primeira gravidez ter acontecido antes dos 16 anos e fatores socioeconômicos como ter renda menor que um salário mínimo e baixa escolaridade. Foi percebido que as mulheres entrevistadas com idade maior, as mais velhas, foram as que apresentaram a coitarca mais tardiamente, logo nos últimos anos tem ocorrido muitas mudanças em relação ao comportamento das mulheres, tornando-as mais expostas as DST e a gravidez não planejada.

Corroborando com esse achado, o censo 2010 traz alguns dados que permite fazer essa relação, como é mostrado na tabela 03.

Tabela 03: % de mulheres de 10 anos ou mais de idade que tiveram filhos de acordo com a escolaridade, Santo Antônio de Jesus, Ba, 2010.

VARIAVÉIS	N %
ESCOLARIDADE	
NÃO ALFABETIZADA/FUND INCOMP	51%
FUND COMP/ MÉD INCOMP	16%
MÉD COMP/ SUP INCOMP	28%
SUP COMP	5%

FONTE: IBGE, 2010

Dessa forma se faz necessário cada vez mais abranger os estudos a respeito do novo comportamento das mulheres, por compreender que estará colaborando para o esclarecimento do desenvolvimento natural da infecção pelo HPV e outras DST, auxiliando também na formulação de estratégias de prevenção e tratamento das lesões do colo do útero e do HIV/AIDS.

Das entrevistadas, a mais novas delas, relata que nunca tinha realizado o preventivo até o diagnóstico. Quando se relaciona a coitarca precoce com a realização do Papanicolau, Leite *et al* (2010) mostra que poucas mulheres antes dos 15 anos de idade já realizaram o exame alguma vez na vida, constituindo este num motivo que deixa as adolescentes muito propícias e vulneráveis as DST. A técnica de detecção e rastreamento do câncer de colo do útero mais utilizado e de mais fácil realização é o exame de Papanicolau, por isso é imprescindível que a sua cobertura seja de 100%, evitando que as lesões curáveis quando identificadas inicialmente se tornem lesões de alto grau e posteriormente um câncer.

Diante disso é importante ressaltar que a fase da adolescência ainda precisa de uma atenção especial dos gestores e profissionais de saúde. Apesar de existir Programas destinados a essa clientela, a sua execução, deixam a desejar, sendo necessário um maior enfoque, especialmente no que diz respeito a sexualidade e gravidez.

5.3 Fluxo de Atendimento: Uma estratégia para a implementação da Integralidade da Assistência

A integralidade surgiu como um dos princípios do SUS, que traz “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (ALVES, 2013, p. 2), no entanto, de acordo com esse princípio o atendimento integral é um direito, mas não conceitua o termo “integral”, assim surgem várias teorias acerca do tema. Algumas que são citadas na literatura trazem a relação da integralidade enquanto atributo das práticas dos profissionais de saúde; enquanto organização dos serviços de saúde e enquanto políticas públicas especiais (LIMA *et al*, 2012). Deste modo, a integralidade, ao contrário do que se pensa, não está relacionada apenas ao atendimento em si e ao usuário, e sim a todas as tecnologias que são utilizadas para que ele seja bem atendido e seu problema seja resolvido.

Confirmando Fracoli *et al* (2011, p. 1137) conceitua a integralidade como “...conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos nos diferentes níveis de complexidade do sistema.”

Considerada como um direito de todos os cidadãos, a integralidade só é devidamente implantada quando permite acesso dos usuários a todos os níveis de atenção, desde a baixa complexidade até a alta, além de lhes garantir ações preventivas, assistenciais e curativas. Para Lima *et al* (2012), as USF foram uma estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde para reorganizar o modelo de atenção até então vigente, esse novo padrão tem o objetivo de manter uma coerência com a integralidade, com destaque para a promoção e vigilância em saúde, do acolhimento, da humanização e da resolutividade, funcionando de acordo com o fundamento pelo qual foi criado, no qual toda atenção parte de uma USF e segue para os demais níveis de assistência.

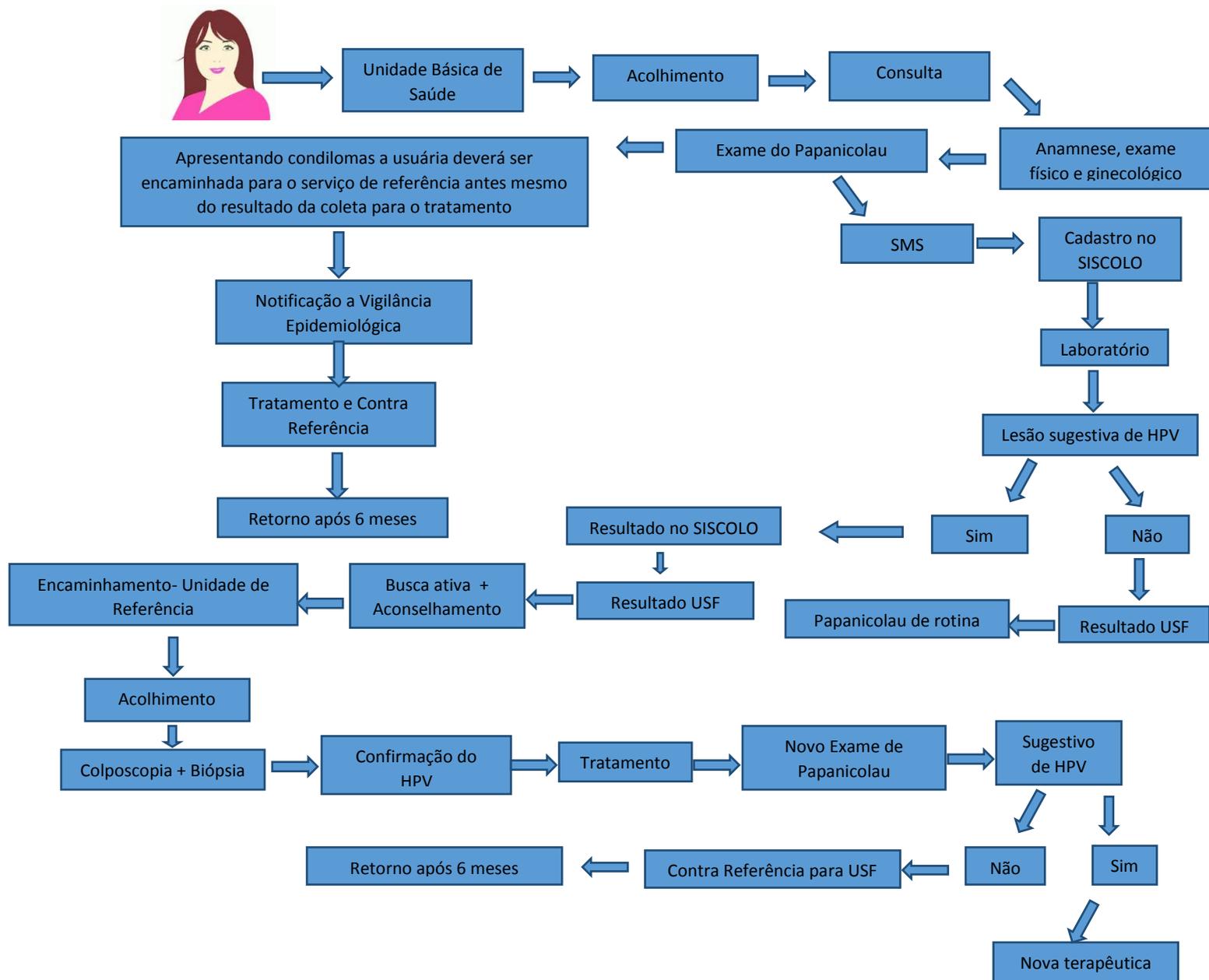
A integralidade está diretamente ligada às necessidades de saúde individual ou coletiva, sendo classificado conforme Val (2012) em quatro categorias, em relação a condições de vida, possibilidade de acesso às tecnologias de saúde, vínculo de confiança entre os profissionais e os usuários e ter ainda autonomia sobre a sua própria vida e sobre seu processo saúde-doença.

A integralidade pode ser vista através do fluxo de atendimento que o usuário percorre para conseguir a resolução das suas necessidades. Assim, ela se inicia na atenção básica, através da organização dos processos de trabalho, por meio de uma equipe multiprofissional, do acolhimento, do vínculo, da humanização e da integração das redes assistenciais. Segundo Franco e Junior (2004), todos os recursos disponíveis para a assistência devem estar interligados e traçados através de fluxos que são unidirecionais e guiados de acordo com as necessidades dos usuários. O autor discorre que os fluxos, traçados através de uma linha de cuidado que parte da atenção básica para os outros níveis do atendimento, são capazes de garantir o atendimento e acesso às tecnologias necessárias à assistência integral.

É posto que para que haja um atendimento integral às mulheres com manifestação de sinais e sintomas do HPV, é imprescindível que seja traçado um fluxo, para que a mesma tenha todas as suas necessidades atendidas, independentemente do nível de atenção que necessite. Por entender essa necessidade, um fluxo de atendimento às mulheres com sinais e sintomas do HPV em Santo Antonio de Jesus foi traçado, facilitando o atendimento e os encaminhamentos, servindo, também, para avaliar se a assistência no município ocorre de forma integral.

No fluxograma 01 é possível visualizar a forma como ocorre o fluxo de atendimento a essas mulheres que são atendidas em Unidades Saúde da Família de Santo Antonio de Jesus, tendo em vista que as etapas na grande maioria das vezes não são seguidas de acordo com o que é preconizado.

Fluxograma 01: Fluxograma de Atendimento as usuárias com HPV no município de Santo Antônio de Jesus



O fluxo foi elaborado a partir da observação dos atendimentos, das entrevistas realizadas com as usuárias e através da visitação a três USF do município, no entanto possui uma ressalva quanto ao seguimento adequado ou não desse fluxo, pois foi identificado que algumas unidades não o seguem da maneira correta.

Ele se inicia na atenção básica, através das USF, por meio de agendamento ou demanda espontânea. Desse local os encaminhamentos são realizados de acordo com a

necessidade das usuárias. Sendo que a unidade de referência/secundária para o tratamento dos condilomas e das lesões intraepiteliais causadas pelo HPV é a Policlínica Municipal, no entanto, quando necessário uma unidade terciária para tratamento de lesões que exijam procedimentos mais complexos, as mulheres são encaminhadas para o Hospital Luiz Argolo.

As mulheres que são identificadas com o condiloma são imediatamente notificadas à vigilância epidemiológica por meio de uma das síndromes da abordagem sindrômica (úlceras genitais- cancro duro) e devem ser encaminhadas sem a necessidade da espera do resultado do Papanicolau.

Nas USF, o primeiro atendimento é realizado pela enfermeira, já na Policlínica, ocorre de maneira contrária, o tratamento e acompanhamento das lesões são realizados por médicos, sendo eles também os responsáveis pela realização dos exames Papanicolau durante o tratamento. Ainda assim, a enfermagem é considerada um contingente importante na implementação da integralidade no cotidiano da unidade, especialmente por meio das relações profissional-usuário, logo, esses profissionais devem estar capacitados, possibilitando esse atendimento integral.

Durante a vivência da pesquisadora não foi observado a enfermeira na assistência direta com as mulheres que buscavam o tratamento do HPV, estando suas ações limitadas à gestão da unidade. Todas as falas das usuárias em relação ao atendimento e tratamento na unidade secundária se referiram aos médicos, nunca aos enfermeiros. Como o tratamento das lesões clínicas e/ou subclínicas são funções específicas do profissional médico, a enfermagem poderia estar atuando no acolhimento e na educação em saúde abordando temas relevantes para melhorar a adesão e o conhecimento a respeito da infecção e de suas consequências.

Na unidade de referência não atende por demanda espontânea, sendo necessário que todas as mulheres passem antes por uma unidade primária, para depois serem encaminhadas, obedecendo ao fluxo que deve ser seguido para a integralidade da assistência. Porém, após o primeiro atendimento na Policlínica as usuárias passam a ter uma ficha na unidade. Durante a pesquisa foi percebido, que uma grande parcela dessas mulheres quando necessita de algum atendimento após o fim do tratamento retorna direto para a Policlínica, não seguindo o fluxo indicado.

Ao realizar a pesquisa na unidade secundária, foi identificado um viés, que determinava ser possível abarcar as mulheres que decidiam aderir ao tratamento, procurando a unidade, uma vez que as outras que deixaram de realizar o tratamento, seja por falta de informações, ou por medo não foram incluídas.

Todas as unidades que elas ingressam devem realizar o acolhimento e o aconselhamento, lembrando que mesmo havendo a referência as USF não podem se abster do cuidado e do acompanhamento dessas mulheres. Assim como nas USF, a unidade de referência também determina um dia para os atendimentos, o que ocasiona demora e formação de filas.

Conhecendo o fluxo e de que forma ele é implementado faz-se necessário a sua avaliação, pois só com uma análise para concluir se no município há uma assistência integral a mulheres com diagnóstico confirmado de HPV e que necessitam de outros níveis de atenção. Para tal, as usuárias foram entrevistadas, visto que, quem avalia o serviço é quem os usa.

5.4 Avaliando o Fluxo de Atendimento

O fluxo dá início com a procura da usuária a USF, em algumas unidades ocorre por agendamento, por demanda espontânea ou, ainda, pelas duas formas de ingresso. Permitir o acesso rápido e eficaz, faz parte do princípio da integralidade e universalidade, portanto, os profissionais das unidades não devem desperdiçar a oportunidade de atender e coletar o material da mulher que procura o serviço pelo simples fato daquele dia, em questão, não corresponder ao dia estabelecido no cronograma para o preventivo.

A consulta de enfermagem para a realização do preventivo irá oportunizar aos enfermeiros o acolhimento e o aconselhamento dessas mulheres, além de se tratar de um espaço no qual as mesmas pode tirar suas dúvidas e aprender através das orientações métodos de prevenção e a cuidar da sua própria saúde (BENTO *et al*, 2010). Assim sendo não se trata apenas do exame Papanicolau, mas de todas as informações e procedimentos que poderão ser tomados durante a consulta.

Ao longo das entrevistas, foi possível perceber que 7 (sete) mulheres já realizaram o preventivo pelo menos uma vez na vida, porém algumas relataram já ter anos sem realizar o mesmo e 1 (uma) relatou ter realizado a primeira vez após o diagnóstico clínico de HPV. Podendo ser visto de acordo com os relatos:

“...quando eu fui fazer a enfermeira não quis fazer não.” (Ariel)

“Saia uma massinha branca assim...ela (enfermeira) sempre dizia que era normal, que não passava remédio nenhum, nem nada...com dois anos que eu fiz esse preventivo agora veio dar NIC II e NIC III.”(Bela)

“Sim. (Há quanto tempo você não fazia?) ... 3 anos.” (Branca de Neve)

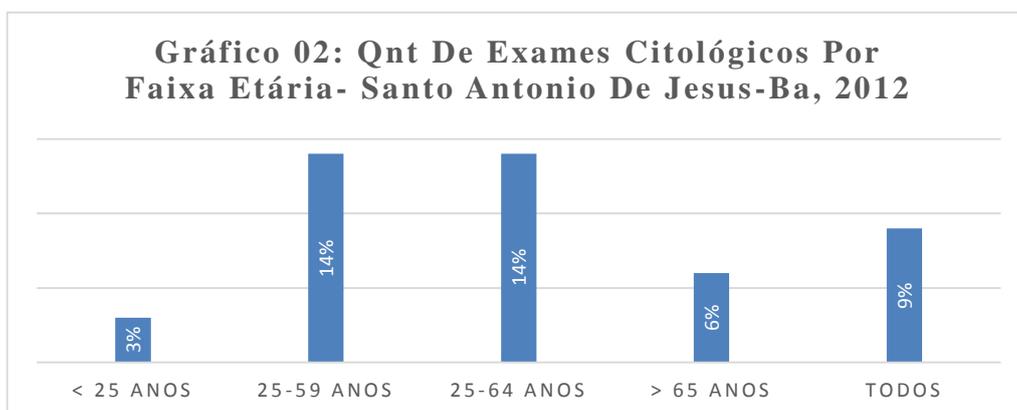
Esses depoimentos, ainda que tenha representado a minoria é extremamente relevante e ao mesmo tempo preocupante, visto que, por negligência e descaso dos profissionais foi perdida a oportunidade de realização da consulta do preventivo com a realização do Papanicolau, o que oportunizou a evolução da lesão causada pelo HPV.

Oliveira *et al* (2006) aponta que mesmo sabendo da relevância do Papanicolau, esse exame de rastreamento ainda tem uma cobertura muito baixa, sendo que nos últimos anos tem aumentado consideravelmente devido o Programa Nacional de Combate ao Câncer de colo uterino. São vários os fatores que podem contribuir para essa baixa cobertura, desde fatores individuais das usuárias a aquelas próprias do serviço de saúde.

Outro fato que deve ser levado em consideração são as dificuldades encontradas para o acesso aos serviços do SUS, por isso muitas mulheres realizam a sua consulta em clínicas particulares, esses e outros fatores têm contribuído para que o número de exames de Papanicolau se apresente com índices tão baixos. Domingos *et al* (2007) apresentou como resultado do seu estudo realizado na cidade de Cianorte, no Paraná, que 57,8% procuram o serviço privado para a realização do Papanicolau, devido a algumas dificuldades como os horários inflexíveis nas unidades do SUS, que geralmente coincide com o horário de trabalho, a demora e o mau atendimento também foram relatados.

Em um estudo realizado em 2005, no estado do Paraná, foi estabelecida uma meta de cobertura de 70% para a faixa etária de 25 a 59 anos, contudo só foi alcançado 32%. Destacando que quando observado todas as faixas etárias, das mulheres com mais de 59 anos, 15% estavam realizando o exame pela primeira vez (MURATA *et al*, 2012). O DATASUS apresenta que no período de janeiro de 2013 a junho de 2014 foram realizados 8.437 exames de Papanicolau, entre exames com lâmina satisfatória e lâmina insatisfatória.

O gráfico 02 demonstra como é a realidade do município estudado, apresentando-se com uma baixa cobertura.



Fonte: DATASUS/INCA, 2012

Esses dados demonstram algumas questões quanto à ineficiência e/ou inexistência de ações educativas sobre o exame e a sua importância, a estimulação do auto cuidado e a falta de estratégias tanto dos gestores, quanto dos profissionais das unidades de saúde da família, para captar, especialmente, as mulheres que estão na faixa etária considerada de risco pelo Ministério da Saúde, que corresponde de 25 a 59 anos e aquelas que nunca realizaram o exame, evitando que casos como o relatado abaixo por uma das entrevistadas acontecesse.

“Eu fiquei sabendo antes de ter meu filho né?! Aí disse que não podia fazer o parto normal pra o HPV não passar pra criança.” (Ariel)

Um dos fatores que pode estar contribuindo para o baixo número de exame citológicos no município é o não retorno das mulheres de acordo com a periodicidade preconizada pelo ministério. Vários motivos podem ocasionar isso, dentre eles têm-se o acolhimento de forma ineficaz, sem a criação do vínculo profissional-usuário. Um estudo realizado por Domingos *et al* (2007), com 250 mulheres no Paraná, aponta que dentre os motivos que influenciam na ausência das usuárias ao serviço está a dificuldade com os horários de agendamento, a demora e/ou o mau atendimento.

Quando não existe confiança, e as usuárias não se sentem à vontade durante o atendimento, a tendência é a evasão do serviço. Das mulheres entrevistadas 6 (seis) relataram se sentirem à vontade durante a consulta e apenas 2 (duas) disseram o contrário. Isto é ratificado nas seguintes falas:

“Não. (Por que?) Ahh, por que não, não gosto (convicta).” (Ariel)

“Não. Sei lá, me sinto vergonhosa.” (Rapunzel)

E as mulheres que relataram se sentir à vontade, no decorrer das entrevistas demonstraram não ter muita confiança na unidade básica do seu bairro, pois quando necessitam de algum atendimento, por já ter ficha, procuram diretamente a Policlínica, como pode ser comprovado com as falas de Cinderela e Fiona.

“Aí como eu tô acostumada aqui (Policlínica), tenho ficha aqui, já passei por Dr, sou cliente dele aí vim pra cá.” (Cinderela)

“...quando eu retornei pra Bahia, pra SAJ, no primeiro dia que voltei fui pra o Dr. de novo...” (Fiona)

É imprescindível que o profissional de saúde estabeleça o vínculo desde o princípio, facilitando o acesso da usuária e sua família ao serviço. O acolhimento adequado possibilita que o usuário recorra ao serviço quando necessário, sentindo-se mais confiante no profissional e na resolução de todos os seus problemas, impedindo que a mesma apresente algum

sentimento de vergonha ou constrangimento, compreendendo assim que a enfermagem, em especial, deve repensar as suas práticas, de modo a assumir uma postura mais compreensiva, tendo um olhar diferenciado no cuidado da mulher (THUM *et al*, 2008).

Costa *et al* (2011) aponta em seus estudos realizado em uma unidade básica no município do Rio Grande do Sul, que a resolutividade das necessidades está inserida no acolhimento, e que este faz parte da consulta de enfermagem nas unidades básicas. Deste modo o autor fez uma relação entre o aumento do número de exames citológicos e o acolhimento realizado, principalmente nas consultas de enfermagem, e percebeu que mesmo que não haja uma associação direta entre essas duas variáveis, foram identificadas que à medida que o número de consultas de enfermagem diminuía, também diminuía o número de exames, porém quando comparou os anos de 2005 e 2006 identificou que houve uma elevação no quantitativo de exames realizados, assim como houve um aumento das consultas de enfermagem, correspondendo a um aumento de 64,3%.

O acolhimento na consulta de enfermagem não se limita a “receber” o paciente de forma humanizada, estabelecendo o vínculo, deve atender as suas demandas. Logo o atendimento a essas mulheres para que se consiga alcançar todos os benefícios que ela pode trazer, deverá ser realizado também a anamnese, exame físico completo e exame ginecológico com a realização do Papanicolau.

O profissional que realizar o acolhimento e a consulta de forma integral permitirá que a mulher se sinta segura, compreendendo e colhendo toda a história e todo o contexto em que essa mulher está inserida.

A melhor forma de realizar uma consulta que forneça a resolutividade e que não perca a chance de tratar a mulher com alguma DST na primeira consulta, é a utilização da abordagem sindrômica. Essa abordagem consiste em uma árvore de ações e decisões que contém informações para o manejo do paciente. Para tal utiliza-se de fluxogramas que devem ser seguidos de acordo com a síndrome que a mulher apresenta, sendo dividida em quatro: síndrome do corrimento uretral, síndrome do corrimento vaginal, úlceras genitais e dor pélvica.

O profissional de enfermagem capacitado seguindo os passos dos fluxogramas pode fazer o diagnóstico sindrômico, baseando-se nos sinais e sintomas apresentados pelas usuárias durante a consulta, iniciando o tratamento imediato e realizando aconselhamento.

Foi observado que 1 (uma) das pacientes pesquisadas já utilizou medicamento, mesmo nunca tendo apresentado corrimento, 6 (seis) mulheres já apresentaram algum corrimento,

sendo que 5 (cinco) utilizaram medicamentos tópicos ou oral e para apenas 1 (uma) não foi instituída nenhuma terapêutica. Fato esse que pode ser observado nas falas seguintes:

“Sim. (Tratou como?) Remédio...pelo posto.” (Branca de Neve)

“Sim. (Tratou como?) Uma vez, tratei com o preventivo, ohhh, com a pomada.” (Pocahontas)

“Sim. (Tratou como?) Assim, sempre saia uma massinha branca assim, mas ela (a enfermeira) dizia que era normal, que era sempre normal...” (Bela)

Com os relatos percebeu-se uma naturalização quanto à apresentação do corrimento, demonstrando que não está havendo a abordagem sindrômica, pois não estão sendo avaliadas segundo um protocolo de atendimento que classifica o corrimento vaginal em uma síndrome, isso é fundamental para se estabelecer o melhor meio de tratamento, uma vez que todas tratadas utilizaram os mesmos medicamentos, o flucanazol e o metronidazol, tal medida evidencia padronização da assistência, o que pode conotar uma limitação da abordagem e da terapêutica.

Também não houve também qualquer associação do corrimento com alguma DST, e se em algum momento tratou-se de uma enfermidade nessa natureza, este fato não foi informado às usuárias que utilizaram as medicações como sendo de rotina, o que pode ser comprovado mediante a narrativa de Bela Adormecida.

“Tratei com creme e com o remédio. Foi quando passou esse fluconazol, eu até repeti ele por que eu lembrava o nome, eu comprei.” (Bela Adormecida)

Isto mostra como o corrimento é visto como algo corriqueiro e natural, não associando a nenhuma DST, a ponto das próprias usuárias se auto medicarem. Um estudo de natureza documental realizado através de dados no período de 2001 a 2012, que tem como autores Evangelista *et al* (2012) aponta que apenas 30% das enfermeiras entrevistadas utilizam a abordagem sindrômica conforme o que é preconizado, o que demonstra uma grande defasagem no atendimento, visto que ele foi criado para facilitar também o atendimento. Os autores afirmam que o profissional deve se habilitar para seguir os passos dos fluxogramas, pois apenas dessa forma pode ocorrer o diagnóstico precoce, o tratamento imediato, para reduzir a transmissão e os riscos, a convocação e o tratamento dos parceiros e a promoção para incentivar o uso da camisinha.

Com relação à convocação dos parceiros, das 5 (cinco) mulheres entrevistadas que foram tratadas pelos corrimentos, apenas 2 (duas) tiveram seus parceiros também tratados, comprovados pelos seguintes trechos das entrevistas:

“...uma que tomou eu e ele, não lembro o nome.” (Bela Adormecida)

“...sim, foi feito encaminhamento pra ele também.” (Branca de Neve)

Conclui-se com os relatos das referidas, que os profissionais, embora sejam capacitados pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme relatados pelos próprios, não está colocando em prática o que foi aprendido, desqualificando o seu serviço e causando prejuízos para a vida da mulher, demonstrando a necessidade de cursos de capacitação constante e continuo dos mesmos, para que eles passem a implementar essa abordagem no seu local de trabalho.

Tudo que foi explicitado corresponde ao início do fluxo, conseqüentemente ao acesso, ao acolhimento e ao atendimento inicial. Após a realização do Papanicolau as mulheres devem ser aconselhadas sobre as DST e sobre as testagens sorológicas.

Com o resultado sugestivo de HPV, precisam realizar a busca ativa da usuária, e a enfermeira responsável deverá continuar com o fluxo, que corresponde ao aconselhamento, que embora também faça parte de uma das etapas da abordagem sindrômica, ela terá um novo “olhar”, pois terá como foco as mulheres com resultado sugestivo do HPV, lembrando que quando a lesão é externa, ou seja, os condilomas acuminados, esse aconselhamento deverá ocorrer na primeira consulta, pois utilizando a abordagem sindrômica logo ele é diagnosticado como HPV, não necessitando aguardar o resultado da citologia oncológica.

Através do aconselhamento que será possível fornecer todas as informações a respeito do diagnóstico, da doença, desmistificando tudo aquilo que for considerado mito, ouvir e tirar todas as dúvidas, informar como deverá ser o tratamento, para onde ela será encaminhada, convocar o parceiro para participar do tratamento e para entender e confortar a mulher, dando-lhe apoio, e informar sobre a necessidade da utilização de preservativos e da realização da testagem para o HIV (anti- HIV), sífilis (VDRL), hepatite B e hepatite C (BRASIL, 2007).

O diagnóstico de alguma DST gera um misto de sentimentos nas mulheres, desde o medo do abandono até a raiva dos seus parceiros por se sentirem traídas, contar nesse momento com profissionais capacitados e comprometidos faz toda a diferença. Barroso e Aguiar (2002), diz que o diagnóstico de uma DST é uma surpresa para as mulheres e que vem acompanhada de muitas emoções, especialmente quando se trata do HPV, que é uma DST que gera outras complicações ainda mais graves, gerando crise na mulher, os seus parceiros e seus familiares, podendo ser identificadas nos respectivos trechos:

“Quando eu saí de lá (Unidade básica) fiquei desorientada, andei pela rua acabei entrando em uma van e fui parar na casa de uma amiga minha em Valença.” (Fiona)

“A gente já pesquisou e eu já falei pra ele que eu mato ele...ele já está sob aviso, por que se é uma doença sexualmente transmissível e de parceiro eu só tenho ele...” (Bela Adormecida)

“Eu, chorei muito mesmo, quando eu soube a primeira vez, chorei muito muito mesmo...por que assim eu peguei isso aí com o que eu fiquei de quase 5 anos, peguei com ele, aí no início eu fiquei muito abalada mesmo, emagreci, não comia direito, aí eu fiquei muito abalada, mas depois eu fui superando.” (Rapunzel)

“Eu saí chorando com medo.” (Bela)

Diante das representações que o HPV ocasiona na vida da mulher, o profissional deverá realizar o aconselhamento de forma humanizada e com a finalidade de permitir que a mesma tire suas dúvidas, para que falas como essas citadas acima não sejam consideradas corriqueiras, ainda mais, pelo fato de se tratar de uma doença que possui o tratamento e cura.

Um dos primeiros pressupostos do aconselhamento é identificar as vulnerabilidades das mulheres, de que forma isso pode afetar a adesão ao tratamento e a compreensão acerca da doença. Assim as vulnerabilidades devem ser identificadas e trabalhadas de forma que elas sejam capazes de superar. Algumas entrevistadas relatam alguns aspectos da vida na qual foi identificado a vulnerabilidade feminina, tendo como consequência a infecção pelo HPV.

“Eu sei o que é sentir orgasmo desde os 4 anos de idade, sofri de abuso sexual pelo meu pai. Hoje não tenho mais raiva dele...ele me pediu perdão no leito de morte e sofreu pra morrer.” (Fiona)

“...ele tinha outros relacionamentos o que veio me ocasionar o HPV, ele tinha relações com outros homens também né?! Eu apanhei bastante né?! Foram seis anos e quando eu reivindicava alguma coisa, por exemplo no caso da camisinha, era uma briga total...” (Pocahontas)

Em outras falas foi possível identificar que mesmo sabendo da importância da caminha o seu uso não tem acontecido, especialmente pela confiança no parceiro e pela dificuldade de negociação, tornando-as ainda mais vulneráveis a infecção.

A crença da confiança nas relações estáveis contribui para a não adesão a medidas de prevenção, devido à suposição da exclusividade sexual mútua, ainda que o tempo de relação seja curto, pois as mulheres tendem a acreditar que por elas serem fieis e tendo um só companheiro elas estão automaticamente protegidas (FERREIRA; GALVÃO, 2008). Quando questionadas sobre em que momento acha importante usar a caminha, todas afirmam que deve ser durante as relações sexuais, porém em suas falas fica claro que só perceberam essa importância após a infecção pelo vírus:

“Sempre, agora eu sei que é sempre.” (Rapunzel)

“É agora que vim vê que é importante né?! Por que moro com meu marido há 11 anos.” (Bela)

“...começou já o namoro, vamos dizer assim, os beijinhos, coloca camisinha, por que o contato não é só vaginal, existe a via oral que não tá protegida, então tem que usar desde o primeiro momento.” (Pocahontas)

Das 8 (oito) entrevistadas, 7 (sete) relataram não fazer uso, e 1 (uma) não afirmou pois ainda não tinha tido relações com o atual parceiro, mas relatou não ter usado em outras relações:

“Só com o pai do meu filho que usei, mas teve um dia que ela rompeu e foi quando eu engravidei... (Você já teve quantos parceiros?) Ah eu não sei não, uns 4 ou 5.” (Ariel)

Das 7 (sete) que relataram não fazer uso, alegaram a confiança e o fato deles não gostarem, aí elas acabam cedendo, como evidenciado nas suas falas.

“Quer dizer...se for um parceiro assim que eu já conheço, já tenho conhecimento, já venho ficando com ele até que eu nem uso.” (Cinderela)

“...a gente tinha o máximo de confiança que a gente quer ter no parceiro né? E nisso a gente acaba prejudicando, mas ele não gostava, na verdade eu até queria, mas ele, ele, ele, ele não gostava...a gente acaba cedendo né? Pra não criar confusão.” (Pocahontas)

“É por que eu moro com ele há 11 anos já entendeu? Então é confiança que a gente tem um no outro entendeu?” (Bela)

“...não acontece, eu não uso. Até que me prove o contrário ele está comigo, entendeu?” (Fiona)

As mesmas mulheres que relataram saber a importância da camisinha não faziam uso dela, permanecendo em situação de grande vulnerabilidade. Um estudo realizado no Brasil, com homens e mulheres na faixa etária de 16 e 65 anos, identificou que existe uma prevalência de uso de preservativo, no ano que precedeu a pesquisa, de 24% e na faixa etária de 16 e 25 anos o índice foi de 44%, sendo que a grande maioria correspondia a mulheres em relação estável (SILVEIRA *et al*, 2002). Outro estudo, realizado em Fortaleza, aponta a falta de informação, a diminuição da auto-estima, a crença que elas não podem se contaminar, o descaso com si própria, dentro outros sentimentos como medo e vergonha, os principais motivos para o não uso dos preservativos (DOMINGOS *et al*, 2007).

A negociação com o homem para o uso do preservativo é apontada também como um entrave das mulheres para a relação protegida. Essa negociação ainda é apresentada como uma habilidade complexa que a mulher deve adquirir com a ajuda dos serviços de saúde, através da oferta do conhecimento dos métodos preventivos e das doenças, assim como do autocuidado. Diante disso os profissionais de saúde devem ter como atividade principal a educação em saúde, por se tratar do principal meio de prevenção primária, através dele será

possível atuar tanto na prevenção quanto na detecção e tratamento precoce da infecção. Ao contrário disso, percebe-se com as falas que as unidades básicas não estão trabalhando a prevenção com essas mulheres, que permanecem sem informações e sem autonomia para se protegerem e para participarem de forma ativa do seu cuidado.

Compreendendo o susto e o impacto que esse diagnóstico pode causar nas mulheres, o aconselhamento, fornecimento de informações e o esclarecimento de dúvidas são elementos imprescindíveis, para que dessa forma a usuária seja capaz de identificar a vulnerabilidade, os riscos que está susceptível, tomar decisões e buscar meios de superar, enfrentando e lidando com os possíveis problemas físicos e emocionais que o diagnóstico de HPV podem trazer.

Assim, as orientações dadas após o diagnóstico poderá influir diretamente no conhecimento da mulher sobre a doença, na adesão ou não ao tratamento, além de garantir que elas se sintam mais confiantes e preparadas para enfrentar tudo que virá pela frente. É função, portanto da enfermeira da unidade em que essa mulher for diagnosticada informar sobre todos os processos que a mesma passará.

Segundo Brasil (2013) quando o preventivo aponta alguma lesão sugestiva de HPV, é função da atenção básica realizar o acompanhamento, o encaminhamento para a unidade de referência para confirmar o diagnóstico e realizar o tratamento, e nesses procedimentos é imprescindível a avaliação do grau de conhecimento e compreensão da usuária em relação a doença.

“É atribuição do profissional da Saúde que colheu o exame citopatológico explicar detalhadamente o significado do resultado anormal, as condutas recomendadas, os encaminhamentos necessários e os procedimentos que possivelmente serão realizados... A falta de informações adequadas sobre o significado das alterações citológicas encontradas se mostrou consistentemente associada a menores taxas de adesão” (BRASIL, 2013, p. 70).

As enfermeiras não têm seguido o que é preconizado, pois quando questionadas quais orientações receberam antes de serem encaminhadas, as falas demonstram total falta de orientação das profissionais, sendo que das 8 (oito) entrevistadas, apenas 1 (uma) afirmou ter recebido orientações e apresentou algum conhecimento advindo do serviço e não de outros meios, as outras só sabiam que tinham que ir a outro serviço para o tratamento, que pode ser comprovado mediante a narrativa das mesmas:

“Acho que ela não se prolongou muito por que ela percebeu que eu já conhecia né?! Mas eu busquei mais informações do que me ofertaram.” (Fiona)

“Ela encaminhou logo pra qui.” (Branca de Neve)

“Num recebi orientação nenhuma, recebi a orientação essa aí que eu tô falando...num...evitar ter relação sem prevenção.” (Cinderela)

“A enfermeira me falou que poderia ser HPV e que ela iria me indicar pra essa unidade pra eu chegar aqui e fazer a retirada e aguardar o resultado do preventivo...tô aqui (Policlínica) hoje, mas nem sei ainda o que vai acontecer, tô aguardando.” (Bela Adormecida)

“De procurar um médico e fazer o tratamento.” (Rapunzel)

“...ela não me pediu nada, ela apenas me encaminhou, que era o Dr aqui (Policlínica) que resolvia, que o lado que ela trabalha é só fazer o preventivo, se der alguma coisa encaminha pra cá..mas não me explicou nada, assim pra puder entrar, assim, no assunto assim, não me explicou nada.” (Bela)

“...aí quando eu fui na enfermeira ela não disse nada, me perguntou quanto tempo é que tinha só que eu não sabia...ela só anotou o papel e me deu.” (Ariel)

Houve a necessidade de transcrever as falas de todas as usuárias que relataram sobre a não orientação, para que a partir dessa análise seja possível identificar a inoperância do serviço no que diz respeito às informações dadas após um diagnóstico de HPV. Associado a isso elas ainda foram questionadas sobre o conhecimento a respeito da doença e do seu tratamento, e as falas demonstraram mais uma vez a irresponsabilidade dos profissionais para com essas mulheres, que pouco sabem sobre o seu estado, e o que possuem de conhecimento foi adquirido por meios como internet, pela vizinha, pelo médico da unidade de referência ou pela televisão.

“Eu só sei que é uma doença sexualmente transmissível, pega tendo relação sem camisinha, já me falaram que tem cura.” (Ariel)

“Eu não sei muita coisa não. Sei muito não. Eu sei que isso aí, que o médico me disse ontem...que isso aí eu nunca vou para de ter, que se eu estiver muito estressada, triste isso aí sempre vai acontecer de novo né?” (Rapunzel)

*“Eu já fiz uma pesquisa...já sei que o HPV pode ser sexualmente transmissível, que como ela ainda não deu na parte interna, ela pode não ser grave pode ser só essa verruguinha fora...tratamento essas coisas ainda não sei não...a gente (ela e o parceiro) tava fazendo pesquisa na **internet** junto...” (Bela Adormecida)*

*“O que eu sei? É...agora eu sei por que passa em **televisão**. A enfermeira do postinho não me falou nada, o médico que falou aqui, mas não pode ficar fazendo as coisa sem camisinha...e ela sabia o que? Me encaminhou pra cá (Policlínica).” (Cinderela)*

“Que se não ser tratado vira um cânci, transmite nas relações sem camisinha, tem que fazer cauterização, somente.” (Branca de Neve)

“Não, ele assim né? Eu sempre procuro entrar assim na internet...que é pela relação que vem do homem né? Aí aquilo ali que causo o, que foi pra dentro de mim e causou ferida no útero e agora eu tinha que fazer o tratamento, aí eu já fiz uma queimagem...(Aprendeu as coisas por onde?) Na internet e com o médico.” (Bela)

Em um estudo realizado com trinta mulheres em um centro de saúde no município de Uberaba- MG, também foi encontrado que a maioria (46,7%) das mulheres utilizavam como fonte de informação os meios de comunicação, como jornal e internet, 33,3% utilizavam as

palestras e cartazes e apenas uma entrevistada, assim como nesse estudo, teve como fonte de informação o enfermeiro (SILVEIRA *et al*, 2011). Mais uma vez foi identificada a falta de orientação e informação e os meios de comunicação insuficientes para o bom entendimento da doença. Pertencendo a enfermagem a responsabilidade de fornecer esses subsídios. A mesma que relatou ter recebido orientações apresentou um conhecimento mais amplo sobre sua doença e o seu tratamento e se mostrando mais convicta quanto às mudanças necessárias para não ocorrer recidivas, como pode ser visto de acordo com o seu relato.

“Foi feita uma palestra aqui sobre as doenças sexualmente transmissíveis ne?! E que uma delas era o HPV, no caso, conhecida como crista de galo, aí explicou direitinho...lá a enfermeira me explicou tudinho.” (Pocahontas)

A educação em saúde mostrou-se essencial para o atendimento das mulheres, seja de forma coletiva ou individualmente, tornando-se um instrumento do aconselhamento, que quando utilizado adequadamente possibilita as usuárias o entendimento e enfrentamento da sua situação.

A Educação para a Saúde é definida como a mudança do enfoque predominantemente biológico e curativo, para o olhar preventivo e de promoção da saúde, englobando os diversos contextos (sociais, culturais, ambientais etc) em que o ser humano está inserido, fazendo-se valer a escuta e a acolhida à realidade dos educandos, predominando a dimensão subjetiva, cidadã e humanizada da prática em saúde (COSCRATO; BUENO, 2013, p. 715).

Estudos apontam que a educação em saúde realizado nas USF assumem caráter reducionista, visto que se baseiam em um modelo tradicional, igual ao aplicado nas escolas do país, no qual de um lado existe uma figura (enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde (ACS), dentre outros) detentora do conhecimento e do outro aquele que está ali apenas para ouvir e aprender (FERNANDES; BAKES, 2010; COSCRATO; BUENO, 2013). Com esse modelo não existe a troca de conhecimentos, a aproximação com as crenças e culturas de determinada população, não é permitido avaliar o grau de informação, e a melhor maneira de repassa-la de modo que se torne fácil o entendimento para as usuárias, o mais adequado seria associar os conhecimentos prévios (senso comum) delas aos conhecimentos científicos estabelecendo naturalidade para questionamentos a respeito do tema em questão. A educação em saúde não deve ser uma obrigação dos profissionais, carece ser algo natural e fazer parte do seu cotidiano. Fernandes e Bakes (2010) aponta ainda que a alfabetização é considerada determinante para adquirir conhecimentos, com a falta dela os indivíduos não possuem meios para adquiri-los.

As mulheres entrevistadas tinham bom nível de escolaridade, porém foi percebido baixa instrução, através das falas, da dificuldade em formular ideias e do nível de

conhecimento que elas apresentaram. A identificação dessa dificuldade acontece através da escuta e da percepção. Baseado nessa visão/ informação o profissional torna-se capaz de conduzir essas usuárias para o entendimento, sabendo o contexto a que está inserida, facilitando o grau de compreensão. Assim, a falta de instrução ou escolaridade por si só não limita o conhecimento, o que está se observa é o despreparo dos profissionais de saúde para perceber essas situações e lidar com elas.

A educação em saúde deve ocorrer rotineiramente, é por isso que no momento do aconselhamento também é oportuno realiza-lo. Além das orientações que devem ser fornecidas durante o aconselhamento, deve-se aproveitar esta oportunidade para discutir a associação das DST com o HIV, sugerindo os exames laboratoriais como: testagem para o HIV (anti- HIV), sífilis (VDRL) e Hepatites B e C, além de orientá-las como comunicar seus parceiros sexuais sobre o diagnóstico, a importância da prevenção e/ou tratamento destas.

Das entrevistadas, apenas 1 (uma) confirmou ter recebido orientação para realizar testagem sorológica para HIV, Sífilis e Hepatites B e C do posto de saúde, nota-se na sua fala que só foi orientada, e, realizado os exames devido a sua gravidez, ainda assim correndo no último trimestre, como pode ser observado abaixo:

“Na gravidez. Tem uns 4 meses que eu fiz, por que meu filho tem 3 meses e eu fiz no final da gravidez.” (Ariel)

No entanto as outras 7 (sete) mulheres que realizaram a testagem não foram por encaminhamento do posto de saúde, foi por solicitação do médico da Policlínica ou por livre vontade. Embora esse estudo tenha como foco avaliar o fluxo de atendimento na atenção básica, vale salientar que o profissional da unidade secundária que solicitou os exames não realizou o aconselhamento pré e pós teste, pois 4 (quatro) destas mulheres afirmaram não saber da importância e nem para que serviam esses exames.

“O médico já me pediu do HIV, eu fiz pra saber também que a enfermidade que é o HPV já tava no sangue (E o de sífilis?) Não...é o que sífilis? (E Hepatite?) Sim, eu fiz tudo junto...” (Bela)

“Sim, tem negócio de uns dois mês, três mês (E o de sífilis?) Fiz um bucado de exame de sangue, provavelmente teve isso tudo né? Ele olhou tudo...eu nem sabia que tinha esse exame, nem sabia por que eu tava fazendo esse exame. Meu menino que olhou depois quando eu peguei o resultado, aí ele olhou por que ele entende muito de exame...” (Cinderela)

“Sim, por curiosidade pra saber por que o médico daqui passou.” (Branca de Neve)

“Sim, foi no mesmo ano disso aí (do HPV)...é como ele (médico) falou né? É pra vê se tinha alguma coisa. (E o de sífilis?) Nunca (Hepatite?) Não.” (Rapunzel)

A Pocahontas foi a única mulher que recebeu as orientações após o diagnóstico, por isso demonstrou ter conhecimento sobre a testagem, como ratificado na sua fala:

“Sim, é de praxe todo mundo que tem o HPV tem que fazer, fiz no início desse ano.”
(Pocahontas)

Como explicitado com as falas pode-se notar que as USF também não estão orientando quanto as testagens sorológicas, a sua associação entre o HIV e outras DST, mais uma vez passando a responsabilidade para a unidade secundária, que também não tem correspondido com as expectativas nem seguido o que é preconizado.

Ainda que a atenção básica não esteja cumprindo com o seu papel, a unidade de referência tem apresentado um atendimento melhor e um pouco mais qualificado. Serviço no qual as entrevistadas se sentem mais seguras e melhor atendidas. O fato do tratamento não ser realizado nas unidades básicas, tem causado uma interpretação errônea por parte dos profissionais, compreendendo que não é necessário aconselhar a usuária com o diagnóstico confirmado. Contudo, como receber uma notícia de DST e não receber informações a respeito dela? O encaminhamento tem tirado a responsabilidade da unidade básica sobre a usuária.

Vale ressaltar que o encaminhamento ou referência faz parte do sistema de referência e contra referência. Este sistema é um mecanismo administrativo, organizado de modo a garantir o acesso dos usuários a todos os níveis de assistência do SUS, a depender de sua necessidade (DIAS, 2012). O primeiro atendimento é realizado na atenção básica, através das USF, e se houver necessidade a usuária deve ser encaminhada ou referenciada para uma unidade secundária e com maior nível de complexidade.

Na realidade local onde o estudo foi desenvolvido, a unidade de referência para o tratamento dos condilomas e das lesões intraepiteliais causadas pelo HPV é a Policlínica, no entanto, as mulheres só serão atendidas nesse serviço se tiver sido referenciada das USF, assim as 8 (oito) mulheres entrevistada foram devidamente encaminhadas. Mais uma vez é importante salientar que a pesquisa tem um viés, pois a pesquisa foi realizada na unidade de referência, logo não sendo possível captar as mulheres que não aderiram ao tratamento e que não foram encaminhadas.

Ao final do tratamento, a mulher deve ser contra referenciada para a USF, com as informações sobre os procedimentos realizados as próximas condutas que devem ser tomadas, ou seja, o profissional responsável pelo atendimento deve encaminhar a usuária para a unidade que referenciou para que haja uma continuidade do atendimento.

Todas as mulheres ainda estavam em tratamento, portanto não foi possível identificar se existia a contra referência ou não. No entanto, através da observação e das visitas realizadas em algumas USF percebeu-se a incipiência da contra referência, o que dificulta o

acompanhamento da mulher que fez o tratamento. No fluxo após o término da assistência na policlínica, as mulheres devem realizar um novo preventivo após o prazo de 6 meses nas unidades de origem. Essa periodicidade é prejudicada pela falta da contra referência, visto que as unidades não são informadas quando o tratamento acaba, na maioria das vezes as próprias usuárias são as responsáveis por levarem alguma informação para as unidades e para as enfermeiras, quando isso ocorre demonstra o vínculo estabelecido da mulher com sua unidade e com a equipe. Essa é uma falha não das USF, mas do serviço de referência, que não tem reencaminhado as usuárias as suas unidades de origem. Têm faltado comunicação entre as unidades do município, deixando a entender que cada uma faz a sua parte sem necessitar da sua integração, o que vem prejudicando a assistência.

De acordo com Medeiros *et al* (2010), um estudo realizado com 53 usuários atendidos em um município chamado São Gonçalo do Amarante-RN, a referência ocorre em quase totalidade das usuárias, sendo que 94,3% afirmaram ser encaminhadas a outras unidades quando necessário, porém a contra referência, assim como no estudo em questão, é incipiente, o que resulta no comprometimento da continuidade e integralidade da assistência, no qual apenas 24,5% relataram ser contra referenciadas à unidade de origem.

Na última atualização do DATASUS de 2006 que mostra o consolidado do seguimento das mulheres com diagnóstico de HPV em Santo Antonio de Jesus, demonstra que uma grande parcela não tem um seguimento adequado, no qual das mulheres sem seguimento tem que 16,17% não foi localizada e 28,08% estão sem informação; as que tiveram o seu seguimento concluído 29,53% foi alta por cura, 0,24% foram transferidas e 1,05% vieram a óbito; 5,31% se recusaram a dar continuidade ao tratamento e 17,46% das mulheres estavam em seguimento no ano em questão. Com os dados acima percebe-se que quase 50% das mulheres estavam sem seguimento, isso demonstra a deficiência dos serviços de saúde no município.

Os dados só reafirmam a necessidade de uma equipe mais capacitada e uma rede integrada que seja capaz de garantir a integralidade na assistência, começando pelo acesso e pelo acolhimento, garantindo um atendimento mais humano e com resolutividade. Na perspectiva de USF os enfermeiros são os principais responsáveis pelo atendimento e organização da unidade, sendo este que também realizam a consulta de preventivo.

Para que as funções sejam exercidas com qualidade os enfermeiros devem possuir disponibilidade, pois na falta, por exemplo, da contra referência, ela é a responsável por fazer a busca ativa e identificar como se encontra a mulher que estava ou está em tratamento, dessa forma reduziria o quantitativo de mulheres que não aderem ao tratamento ou que não seguem

adequadamente a periodicidade da realização do Papanicolau. A responsabilidade da enfermeira não exclui a importância da comunicação entre as unidades, pois se houvesse a contra referência seria muito mais fácil garantir a continuidade do cuidado da usuária.

Fazendo a análise e avaliação de tudo que foi exposto é possível perceber que a atenção básica não está exercendo com o seu papel principal, o da promoção da saúde. De acordo com os relatos das usuárias, o atendimento as mulheres com diagnóstico de HPV está sendo incompleto e incipiente e não tem seguido o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, o qual indica que seja realizado aconselhamento após o diagnóstico na própria USF, com as orientações sobre a infecção e de todos os procedimentos que serão realizados, orientações para a testagem sorológica das outras DST, convocação do parceiro e a integração com a unidade de referência para que ocorra a contra referência para a unidade de origem. Embora tenha sido informado que existem capacitações frequentes, esses profissionais não têm colocado em prática aquilo que tem aprendido, tornando-se meros profissionais que atendem de acordo com o modelo médico- curativista, fugindo da proposta das USF.

A busca pela integralidade deve ser algo rotineiro e requer dos profissionais de saúde o diálogo constante com a comunidade. O termo integralidade na assistência do município parece algo utópico e distante de se alcançar, estando ausente desde o ingresso na unidade até a ausência da contra referência. O que existe, ainda, é uma prática com foco nos procedimentos e na agilidade para atender toda a demanda, parecendo não existir grandes preocupações com o contexto em que a mulher está inserida e de suas reais necessidades, associado a isso existe, também, a sobrecarga de trabalho, principalmente do enfermeiro, que possui muitas atribuições dentro de uma unidade básica, o que acaba comprometendo a qualidade da sua assistência

É imprescindível compreender que as mulheres são resultadas das suas experiências de vida e das relações que fazem ao decorrer de sua vida, e que o significado de saúde difere entre elas, portanto, o que para algumas é apenas a ausência do problema, que pode ser realizado o tratamento e pronto, para outras o sentimento e a qualidade do atendimento podem influenciar em seu processo de saúde-doença, necessitando de um “olhar” mais humano e qualificado. Seguindo essa linha de pensamento, estabelecendo o diálogo com a comunidade e com as unidades, novas rotas poderão ser criadas para que a tão sonhada integralidade seja implementada de fato, deixando de ser algo irreal de longe alcance.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho objetivou avaliar o fluxo de atendimento as mulheres com sinais e sintomas secundários ao HPV do município de Santo Antonio de Jesus- Ba. Para alcançá-lo foi necessário traçar o perfil sócio econômico e demográfico das mulheres sujeitos da pesquisa, conhecer o fluxo de atendimento e avaliá-lo.

Alguns entraves foram aparecendo no decorrer do estudo, o primeiro deles foi: a demora para dar início a pesquisa de campo devido a espera para o resultado do CEP e também a necessidade de algumas alterações para a aprovação; o segundo foi a dificuldade de aplicar os questionários, pois a pesquisadora se encontrava em outra cidade fazendo o estágio supervisionado II; o terceiro, e último, foi a resistência das mulheres para aceitar fazer a entrevista, havendo muitas recusas e desistências quando iniciado o questionário.

Superado os obstáculos, os objetivos foram alcançados, sendo possível concluir que está havendo uma falha, na verdade, um abismo na assistência prestada a essas mulheres, fugindo completamente do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Com a abordagem que os profissionais, em especial os enfermeiros, das USF tem adotado, as mulheres mostraram-se perdidas, sem orientação e sem conhecimento sobre seu estado de saúde e doença, impossibilitando um atendimento integral e um acesso humanizado.

Com o resultado da pesquisa foi observado a confirmação dos estudos de outros autores. No que diz respeito ao perfil sócio ocorreu uma predominância de mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos, corroborando com o que os estudos trazem, quando diz que as mulheres jovens e com vida sexual ativa são as mais acometidas pela infecção do HPV.

O mesmo acontecendo com o perfil sexual e reprodutivo, demonstrando resultado igual aos estudos achados de outros autores, que a precocidade na menarca e na coitarca são fatores de risco para DST, para multiparidade, para níveis sócio econômicos baixos, dentre outros. Sabendo disso, há uma necessidade de uma maior atenção para este estrato da população, pois no momento em que se conhece o perfil, pode-se trabalhar em cima dele traçando estratégias que minimizem os riscos a que estão expostas.

Com a avaliação do fluxo foi possível avaliar a precariedade na integralidade da assistência nas unidades básicas do município, o que despertou uma grande surpresa e preocupação para pesquisadora.

Na atenção básica foi identificado um atendimento reducionista, como foco na doença e na queixa da usuária; um acesso dificultado pela pouca disponibilidade e vontade dos profissionais; ausência de acolhimento e de estabelecimento de um vínculo de confiança e cumplicidade; consultas rápidas, sem orientações, sem promoção a saúde, sem fornecimento

de métodos de prevenção; uma rede de assistência sem comunicação uma com a outra, impossibilitando a contra referência e dificultando a busca ativa e a continuidade da assistência; enfim, uma assistência limitada, com profissionais despreparados e pouco humanizados, resultando em um serviço pouco qualificado e divergindo dos princípios e diretrizes do SUS, em especial, o da integralidade.

Vale ressaltar que enquanto o serviço permanecer dessa forma, as mulheres estão expostas ao adoecimento, uma vez que não possuem subsídios para protegerem a si mesma e aos seus parceiros, visto que os profissionais das USF não estão as orientando a respeito de sua patologia, das possíveis consequências, dos métodos de prevenção e da sua relevância e dos encaminhamentos que serão realizados.

Assim, entende-se a importância de capacitações frequentes, focando em especial a humanização e a relevância do aconselhamento para a promoção da saúde e prevenção de agravos para essas mulheres diagnosticadas com o HPV. Relevante, também, estabelecer esse fluxo de atendimento como protocolo do município, apresenta-lo a todas as USF e às unidades secundárias e terciárias, e discuti-lo, estabelecendo a função de cada profissional e de cada serviço para que obtenha sucesso na prevenção e tratamento dessas mulheres.

Cada um sabendo o seu papel e a sua importância dentro do sistema permitirá um atendimento mais qualificado e humanizado, em especial, os profissionais de saúde da atenção básica, visto que com o vínculo que possuem com a sua comunidade, facilitaria o “repasse” das informações, das orientações, tornando as mulheres mais seguras sobre o seu diagnóstico e tratamento.

Com o estudo foi possível perceber a importância da pesquisa para os profissionais de saúde, gestores e para a pesquisadora, pois com base nesses resultados poderá ser possível direcionar os responsáveis pela atenção básica do município para traçarem estratégias que torne possível a superação dessas deficiências, e compreender que a capacitação vai além da prática clínica, incluindo o conhecimento do contexto e especificidades de cada mulher, o atendimento humanizado e uma assistência integralizada.

Sendo assim, se tratando de saúde da mulher, é impossível estudar o tema sem levar em consideração os fatores socioculturais, epidemiológicos, o gênero e fatores intrínsecos da mulher, assim como o agravo e suas características, considerando também a equipe de saúde multidisciplinar e os serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Z.B.P. *et al.* Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2011 abr/jun;13(2):239-49. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.9977>> Acessado em 15 de janeiro de 2014.

ALMEIDA, V.C.de. **A infecção pelo HPV e a gênese do câncer de colo do útero.** Recife-Pe. Monografia (especialização em citologia oncológica). Universidade Paulista e Centro de Consultoria Educacional, jan. 2011.

ALVES, K. **Privatização do Sistema Único de Saúde - Qual o futuro dos princípios da equidade, universalidade e integralidade?** Curitiba. 2013. Disponível em <<http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/view/537/523>> Acessado em: 15 de abril de 2014.

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Papilomavírus Humano (HPV): Diagnóstico e Tratamento.** Projeto Diretrizes. Set. 2002.

AYRES, A.R.G; SILVA, G.A. Prevalência de infecção do colo do útero pelo HPV no Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública** 2010;44(5):963-74.

BARBEIRO, F.M.S.*et al.* Conhecimentos e práticas das mulheres acerca do exame papanicolau e prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev. de Pesq: cuidado é fundamental Online.** 2009. set/dez. 1(2):414-422. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/419/401>>. Acesso em 28 de julho de 2014.

BARBOSA, S.P. *et al.* Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(8):2347-2357, 2013.

BARCELOS, M.R.B. *et al.* Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2008; 30(7):349-54. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n7/a05v30n7.pdf>> Acesso em 21 de Maio de 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: 70, 1977.

BARROSO, M.G.T; AGUIAR, M.I.F.de. Prevenção da evolução do papiloma vírus humano: uma investigação com mulheres portadoras do HPV. **Fam. Saúde Desenv.** Curitiba, v.4, n.1, p.23-32, jan./jun. 2002.

BATISTA, N.N.F; CACCIAMALI, M.C. Diferencial de salários entre homens e mulheres segundo a condição de migração. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 97-115, jan./jun. 2009.

BENTO, P.A.S.S. *et al.* O câncer do colo do útero como fantasma resistente a prevenção primária e detecção precoce. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online.** 2010. abr/jun.

2(2):776-786 . Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/1783>> Acesso em 21 de maio de 2014.

BERNARDES, M.G. **ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS**: origem e documentação reguladora. Rio de Janeiro. Monografia (Curso de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde). Escola de Saúde do Exército. 2008.

BRAGAGNOLO, A.L. *et al.* **Papiloma Vírus Humano (HPV)**. RBAC, vol. 42(2): 91-96, 2010.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico- Aids e DST**, Ano II- n° 1- Até semana epidemiológica 26°, Brasília, dezembro de 2013.

BRANDÃO, A.L.R.B.S. *et al.* Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1):103-114, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 196 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca18.pdf>> Acessado em 22 de Maio de 2014.

_____. 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, 2 ed. 2013. 128 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>> Acessado em 22 de Maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis - Manual de Bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf> Acessado em 18 de maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 52 p.- (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites aconselhamento.pdf>> Acessado em 18 de maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).** Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acessado em 15 de agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acessado em 17 de agosto de 2014.

BRÊTAS, J. R. S. *et al.* Significado da menarca segundo adolescentes. **Acta Paul Enferm.** 2012;25(2):249-55. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a15v25n2.pdf>> Acessado em 20 de maio de 2014.

BURGOS, M.S. *et al.* Associação entre Medidas Antropométricas e Fatores de Risco Cardiovascular em Crianças e Adolescentes. **Arq Bras Cardiol.** 2013;101(4):288-296.

CARRATO, M. A. P. Ética na pesquisa científica com seres humanos - a dignidade como meta e como realização do estado democrático de direito. **Rev. Ciên. Jur. e Soc.** da Unipar. Umuarama. v. 11, n. 1, p. 127-140, jan./jun. 2008.

CARVALHO, M.C.M.P; QUEIROZ, A.B. **Mulheres Portadoras de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero e HPV: Descrição do Perfil Socioeconômico e Demográfico.** DST - J bras Doenças Sex Transm 2011; 23(1): 28-33 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264.

CESTARI, M.E.W. *et al.* Necessidades de cuidados de mulheres infectadas pelo Papilomavírus Humano: uma abordagem compreensiva. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(5):1082-1087. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>Acessado em 20 de maio de 2014.

CORREA, M.S. *et al.* Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(12):2257-2266, dez, 2012.

COSCRATO, G; BUENO, S.M.V.. Concepção de enfermeiros de uma rede pública de saúde sobre Educação para a Saúde. **Rev Esc Enferm USP** 2013; 47(3):714-21. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00714.pdf>>Acessado em 02 de abril de 2014.

COSTA, C.O.da. *et al.* Acolhimento no processo de trabalho da enfermagem: estratégia para adesão ao controle do câncer do colo uterino. **Rev Baiana Saude Publica Miolo.** v.34, n.3, p.706-717, jul./set. 2010.

CUNHA , A.B.O; SILVA, L.M.V.da. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(4):725-737, abr, 2010.

DIAS, V.Á. **Referência e Contra-Referência: Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência.** Florianópolis- SC. Monografia (requisito para especialização em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

DORES, G.B.das. Epidemiologia do HPV. In: Rosenblatt, C. (org). **HPV na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2006. Disponível em <<http://www.hpvinfos.com.br/hpv-1.htm>> Acessado em 15 de março de 2014.

DOMINGOS, A.C.P. CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: Comportamento preventivo de auto-cuidado à saúde. **Cienc Cuid Saude** 2007;6(Suplem. 2):397-403.

ESPIRITO SANTO. Governo Estadual. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. **Diretrizes para a atenção à saúde em HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis**- SES- ES. Produção, Distribuição e Informações: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Gerência de Regulação e Assistência à Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. 1ª Edição.

ETLINGER, D. *et al.* Campanha de prevenção de câncer cervical: estudos no Instituto Adolfo Lutz mostram a necessidade de avaliação na faixa etária. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**, 67(1):64-68, 2008.

EVANGELISTA, C.B. *et al.* **Abordagem sindrômica das doenças sexualmente transmissíveis: uma pesquisa documental**. In: CBCENF, 15º, Fortaleza. *Anais...* Fortaleza, COFEN, 2012.

FEDRIZZI, E.N. *et al.* **Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em mulheres de Florianópolis, Santa Catarina**. DST – J bras Doenças Sex Transm 2008; 20(2): 73-79 – ISSN: 0103-4065.

FERNANDES, M.C.P; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 567-73.

FERREIRA, M.L.S.M.; GALVÃO, M.T.G. Diagnóstico positivo para Papilomavirus Humano – concepção de mulheres atendidas em uma unidade de saúde de Botucatu, SP. **Cienc Cuid Saude** 2008 Jan/Mar; 7(1):106-113.

FONSECA, F.V. *et al.* **Neoplasia Intraepitelial Cervical: da Etiopatogenia ao Desempenho da Tecnologia no Rastreamento e no Seguimento**. DST - J bras Doenças Sex Transm 2012;24(1):53-61 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264.

FRACOLLI, LA *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 45, n. 5, Oct. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 08 de maio de 2014.

FRANCO, T.B; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP.

FRANCO, T.B. *et al.* O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

GIRALDO, P.C. *et al.* **Prevenção da infecção por HPV e lesões associadas com o uso de vacinas**. DST – J bras Doenças Sex Transm 2008; 20(2): 132-140 – ISSN:0103-4065.

GOES, E.F; NASCIMENTO, E.R. **Intersecção do racismo e do sexismo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva**. In: *Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. 2010. Santa Catarina. *Resumos...*Santa Catarina. 2001.

GOMES, AMT. *et al.* Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 19(3):[08 telas] maio-jun 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_06> Acessado em 15 de maio de 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Resultados gerais da amostra. Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 27 de abril de 2012. [Internet]. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>> Acessado em 02 de agosto de 2014.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO): manual gerencial / Instituto Nacional de Câncer**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011. 116p. : il. color.

Instituto Nacional do Câncer. **Incidência de câncer no Brasil: Estimativa 2008**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp>>Acessado em 25 de julho de 2014.

Instituto Nacional do Câncer. **O Desafio Feminino do câncer**. 2009. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/2dec21004eb69218854797f11fae00ee/20_capa.pdf?MOD=AJPERES>Acessado em 15 de maio de 2014.

Instituto Nacional do Câncer. **Controle do câncer do Colo do Útero**. 2012. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/indicadores/p1_razao-exames-cito-populacao>Acessado em 15 de maio de 2014.

Instituto Nacional do Câncer. 2014. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoce>Acessado em 16 de maio de 2014.

Instituto de Pesquisa Econômica (Ipea). 2010. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=8471>Acessado em 14 de agosto de 2014.

JOCA, M.T. PINHEIRO, A.K.B. Mulher acometida pelo papilomavírus humano e repercussões na família. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 jul-set; 13 (3): 567-73.

KLUG, D. P.; FONSECA, P. H. S. Análise da maturação feminina: um enfoque na idade de ocorrência da menarca. **Revista da Educação Física**, v. 17, n. 2, p. 139-147, 2006.

LEITE, F.M.C. *et al.* Mulheres submetidas à coleta de Papanicolaou: perfil socioeconômico e reprodutivo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde** 2010; 12(1):57-62.

LIMA, Í.F.S. *et al.* Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(4):944-52.

LIMBERGER, A. *et al.* **Aspectos imunológicos da infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV)**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 33, n. 1, p. 111-122, jan./jun. 2012.

LOPES, F. *et al.* Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública** 2007;41(Supl. 2):39-46. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s2/5952.pdf>> Acessado em 14 de maio de 2014.

LORDELO, E.R. **Ambiente de Desenvolvimento e Início da Vida Reprodutiva em Mulheres Brasileiras**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 24 (1), 116-125.

LOURENÇO, B; QUEIROZ, L.B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Rev Med** (São Paulo). 2010 abr.-jun.;89(2):70-5.

MACEDO, C.A. *et al.* Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):457-62.

MALUF, M; PERIN, P.M. HPV e gestação. In: Rosenblatt, C. (org). **HPV na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2006. Disponível em <<http://www.hpvinfos.com.br/hpv-15.htm>>Acessado em 15 de março de 2014.

MARTINS, C.M.R. *et al.* Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção por papilomavírus humano: resultados de um programa de rastreamento brasileiro. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2007; 29(11):580-7.

MARTINS, R.A.S. *et al.* **Estratégias de efetivação do acesso à saúde: a busca ativa de pacientes mediante demanda reprimida na saúde no HC/UFTM**. In: III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. 2013. Curitiba. *Resumos...*Curitiba. 2010.

MEDEIROS, F.A. *et al.* Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de salud pública** · Volumen 12 (3), Junio 2010.

MELO, S.C.C.S.de. *et al.* Alterações Citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):602-8.

MENDONÇA, V.G. *et al.* Infecção cervical por papilomavírus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer de colo do útero. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2010; 32(10):476-85.

MESA, J.M. **Padrões de crescimento na infância e ocorrência de menarca antes dos 12 anos de idade**. Estudo de coorte de nascimento de Pelotas, 1982.2006. 87 f. Tese (Mestre em Epidemiologia do Ciclo Vital). Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), 2006.

MONTE, T.C.C; PEIXOTO, G.L. **A Incidência de Papilomavírus Humano em Mulheres no Hospital Universitário Sul Fluminense**. RBAC, vol. 42(2): 131-139, 2010.

MURATA, I.M.H. *et al.* Cobertura do Papanicolaou em Mulheres de 25 a 59 anos de Maringá - PR, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2012; 58(3): 409-415.

NADAL, S.R.; MANZIONE, C.R. Vacinas Contra o Papilomavirus Humano. **Rev bras Coloproct** Julho/Setembro, 2006.

NAKAGAWA, J.T.T. *et al.* Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 mar-abr; 63(2): 307-11.

NASCIMENTO, M.I. *et al.* História prévia de realização de teste de Papanicolaou e câncer do colo do útero: estudo caso-controle na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(10):1841-1853, out, 2012.

OLIVEIRA, M.M.H.N.de. *et al.* Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Rev Bras Epidemiol** 2006; 9(3): 325-34.

PANISSET, K.S.P;FONSECA, V.L.M.de. **Patologia cervical na gestante adolescente.** Adolescencia & Saude. volume 6, no 4, outubro 2009.

PASSOS, M.R.L. *et al.* **Papilomavírose humana em genital, parte I.** DST – J bras Doenças Sex Transm 2008; 20(2): 108-124 – ISSN:0103-4065.

PEREIRA, A.P.S. **Modelo de fluxograma de atendimento à mulher portadora de dst/aids no município de Itapema, Santa Catarina.** Itapema- SC. Monografia (Especialização em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

PEREIRA, B.C.C.F. **Análise dos registros de exames preventivos de câncer cérvico-uterino realizados pelas equipes de Saúde da Família do Cabo de Santo Agostinho-PE.** Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva). Fundação Osvaldo Cruz. 2010.

PIMENTEL, A.V. *et al.* **A percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 20(2): 255-62. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a06v20n2.pdf>> Acessado em 25 de agosto de 2014.

RIBEIRO, F.A. **Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica.** São Paulo, 2007. 325 f. Dissertação (mestrado)- Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de medicina preventiva, 2007.

SANTOS, T.V.C.dos. **Acesso aos serviços de saúde: perspectivas de profissionais e usuários.** .2012. 154 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

SAMPAIO, J. **Ele não Quer com Camisinha e eu Quero me Prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.171-181, 2011.

SANTOS, I.M.V.dos; SANTOS, A.M.dos. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de salud pública** · Vol. 13 (4), Agosto 2011.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento do Hpv na Rede Municipal Especializada em DST/AIDS - SMS – SP.** Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo. Setor de Assistência. Núcleo de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Revisão da 3ª Edição - Setembro 2010. Disponível em <file:///C:/Users/rose%20PC/Downloads/LivretoHPV2.pdf>Acessado em 19 de maio 2014.

SILVA, P.F.da; WAISSMANN, W. Normatização, o Estado e a saúde: questões sobre a formalização do direito sanitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):237-244, 2005.

SILVA, A.A.A. et al. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(3):496-506, mar, 2013.

SILVA, C.M., VARGENS, O.M.C. A percepção de Mulheres quanto à Vulnerabilidade feminina. **Rev Esc Enferm USP** 2009; 43(2): 401-6.

SILVA, M.J.G. *et al.* **Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/ HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, supl.2, p.109-120, 2010.

SILVEIRA, M.F. *et al.* Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Rev Saúde Pública** 2002;36(6):670-7.

SILVEIRA, C.F. Conhecimento de mulheres de 40 a 60 anos sobre o Papilomavirus Humano. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011 abr/jun; 12(2):309-15.

SILVEIRA, M.F. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Rev Saúde Pública** 2002;36(6):670-7.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. Tratamento de pacientes com distúrbios reprodutivos femininos; v. 2, p. 1170-201.

SOUSA, L.B.de. *et al.* Ser mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. **Rev Esc Enferm USP** 2008; 42(4):737-43.

TEIXEIRA, J.C. *et al.* **Avaliação do Parceiro Sexual e Risco de Recidivas em Mulheres Tratadas por Lesões Genitais Induzidas por Papilomavírus Humano (HPV).** RBGO - v. 24, nº 5, 2002.

TEIXEIRA, A.M.F.B. *et al.* Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7):1385-1396, jul, 2006.

THUM, M.*et al.* Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. **Cienc Cuid Saude** 2008 Out/Dez; 7(4):509-516.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E.R. Método qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças, e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, Campinas, São Paulo, 2005;39(3):507-14.

TULIO, S. *et al.* **Relação entre a carga viral de HPV oncogênico determinada pelo método de captura híbrida e o diagnóstico citológico de lesões de alto grau.** J Bras Patol Med Lab. v. 43. n. 1. p. 31-35 fevereiro 2007.

VAL, L.F. do. **Desafio da Integralidade na atenção às DST/HIV/Aids: A vulnerabilidade programática nas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo.** 2012. 273 f. Tese (Doutorado em ciências). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ROTEIRO DE ENTREVISTA

A - IDENTIFICAÇÃO DO INSTRUMENTO:

A.1 – Nome da Unidade:	
A.2 – Data:	
A.3 – Início:	Fim:
A.4 – Iniciais da usuária:	
A.5 – Número do Prontuário:	
A.6 – Entrevistador:	

B - PERFIL SOCIOECONÔMICO DA USUÁRIA:

B.1 - Idade:
B.2 - Escolaridade: <input type="checkbox"/> Não alfabetizada Ensino Fundamental: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto Ensino Médio: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto Ensino Superior: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto
B.3 – Cor da pele (AUTO DECLARADA) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não Sabe declarar
B.4 – Religião:
B.5 - Naturalidade/UF:
B.6 – Local/cidade onde reside:
B.7 – Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> União Estável
B.8 – Com quem mora atualmente:
B.9 - Número de filhos:

<p>B.10 – Tabagista:</p> <p><input type="checkbox"/> Não.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim Quantos por dia: _____</p>
<p>B.11 – Etilista:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>B.12 – Usa algum tipo de droga: _____</p>
<p>B. 14- Caso não trabalhe, você é:</p> <p><input type="checkbox"/> desempregado</p> <p><input type="checkbox"/> nunca trabalhou</p> <p><input type="checkbox"/> estudante <input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p><input type="checkbox"/> licença saúde há ____ anos e ____ meses Por que?</p> <p><input type="checkbox"/> aposentada por tempo de serviço</p>
<p>B. 15- Qual sua renda no último mês? R\$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> não possui renda</p> <p><input type="checkbox"/> < de um salário mínimo</p> <p><input type="checkbox"/> de 1 a 3 salários mínimos</p> <p><input type="checkbox"/> de 3 a 6 salários mínimos</p> <p><input type="checkbox"/> de 6 a 10 salários mínimos</p> <p><input type="checkbox"/> de 10 a 14 salários mínimos</p>
<p>B.16- Quantas pessoas vivem com esta renda?</p>

C – ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS:

<p>C.1 – Menarca: _____ Anos</p>
<p>C.2 – Coitarca: _____ Anos</p>
<p>C.3 – Nº Gestações: ____ Nascidos vivos: ____ Natimorto(S): ____</p>

<p>C.4 – Abortos:</p> <p>() Sim. Quantos?: _____</p> <p>Motivo:</p> <p>() Espontâneo Como foi? _____</p> <p>() Provocado Como foi? _____</p> <p>Quando foi o último aborto? _____</p> <p>() Não</p>
<p>C.5 – Já fez exame preventivo alguma vez:</p> <p>() Sim</p> <p>() Não</p>
<p>C.6 – Qual o resultado do último exame preventivo? _____</p>
<p>C.7 – Foi prescrito algum tratamento ou medicação para você?</p> <p>() Sim Qual? _____</p> <p>() Não</p>
<p>C.8- Foi prescrita alguma medicação para seu parceiro usar?</p> <p>() Sim Qual? _____</p> <p>() Não</p>
<p>C.9- Você já apresentou corrimento alguma vez:</p> <p>() Sim Tratou como? _____</p> <p>() Não</p>
<p>C.13- Você já fez exame para saber se tinha HIV/Aids?</p> <p>() Sim Quando e por que?: _____</p> <p>() Não.</p>
<p>C.14- Você já fez exame para saber se tinha Sífilis?</p> <p>() Sim Quando e por que? _____</p> <p>() Não.</p>

C.15- Você já fez exame para saber se tinha Hepatite?

() Sim Quando e por que? _____

() Não.

D – VULNERABILIDADES ÀS DSTS:

G. 1- Já usou camisinha masculina e/ou feminina?

G.2- Quando você acha que é importante usar camisinha?

G.3- Alguma vez você já desejou fazer uso da camisinha, mas o parceiro não quis?

() Sim. O que você fez? _____

() Não

G.4- Fale um pouco de como é a sua relação com seu parceiro atual ou ex (Quanto tempo vocês têm de relação, como é a relação de vocês, o que fazem para se divertir....)

G.5- Fale um pouco da sua vida amorosa (Quando começou a namorar, se teve muitos amores e parceiros sexuais, com que foi sua primeira vez, como foi, se teve experiências interessantes, se teve decepções...)

E- ANÁLISE DO FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AS MULHERES COM DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE HPV

E.1 – O que trouxe você a Unidade de Saúde?

E.2 – Me fale um pouco do problema que você apresentou? (O que sentiu, qual a queixa, quando começou, se foi a primeira vez....)

<hr/>
E.3- O que você sabe sobre o que tem? (Vê se ele tem conhecimento real do diagnóstico, como pegou, se tem tratamento, se transmite, etc...)
<hr/> <hr/>
E.4 - Me fale um pouco sobre o seu tratamento (se algo a impediu ou dificultou de fazer o tratamento)
<hr/>
E.5 – Você compartilhou com alguém este diagnóstico? <input type="checkbox"/> Sim Com quem? _____ Por que? _____ <input type="checkbox"/> Não. Por que? _____
E.6- Quando você foi identificada com essas alterações quais orientações você recebeu? (Quais encaminhamentos feitos, em relação a ela e o parceiro, testagens sorológicas, tratamentos, convocação etc...)
<hr/>
E.7- Seu parceiro sabe o que são as alterações que você tem? <input type="checkbox"/> Sim. Quem contou? <input type="checkbox"/> Não. Por que?
E.8- Quando você foi identificada com essas alterações algum profissional solicitou que seu companheiro comparecesse para fazer algum tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por que?

E.9- Você se sente a vontade durante a consulta para tirar suas dúvidas sobre o diagnóstico?

() Sim

() Não. Por que? _____

E.10- Como ficou sua relação com seu parceiro após a descoberta?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Charline Machado de Souza Brito, convido a Senhora a participar do projeto de pesquisa “Avaliação do Fluxo de Atendimento as mulheres com manifestações secundárias ao Papiloma Vírus Humano (HPV)” vinculada a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- Centro de Ciências da Saúde (UFRB-CCS), que está sob a responsabilidade da orientadora Lilian Conceição Guimarães de Almeida, residente na Rua Conselheiro Correia de Meneses, n 266, AP 1002, Horto Florestal, na cidade de Salvador-Bahia, CEP 40295-030, tel (071) 81389992, email: liliancgalmeida@yahoo.com.br fontes para contato com a pesquisadora responsável, poderá ser realizada, inclusive, ligações a cobrar: (071) 81389992. Em caso de dúvidas a senhora também poderá entrar em contato com a aluna Charline Machado de Souza Brito, telefone para contato: (071) 9214-2624 e-mail: linizinha_88@hotmail.com.

Na pesquisa “Avaliação do Fluxo de Atendimento as mulheres com manifestações secundárias ao Papiloma Vírus Humano (HPV)” será discutida a forma como ocorre o atendimento e o encaminhamento dessas mulheres nos serviços de saúde. A pesquisa tem como objetivo geral Avaliar o fluxo de Atendimento a mulher com manifestações secundárias ao HPV assistidas na Policlínica Municipal, em Santo Antônio de Jesus- Ba. Este projeto se justifica pela necessidade de identificar as características das mulheres mais afetadas; quais dificuldades elas enfrentam para que consigam fazer o tratamento de forma correta; quais os principais sintomas apresentados por elas e o que sabem a respeito de sua doença. Os dados serão coletados através da observação da Sra no serviço de saúde, através de informações colhidas em seu prontuário ou outros livros de registros presentes na unidade que contenham informações sobre sua saúde e através de entrevista com perguntas a respeito de sua sexualidade.

Dessa forma eu entendo que as perguntas podem provocar desconforto, constrangimento e vergonha na Sra, pois se referem a assuntos íntimos, mas em qualquer momento que deseje interromper a entrevista ou retirar o seu consentimento do estudo faremos isso sem prejuízo algum para a Sra. Deste modo, a Sra. terá plena liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

A entrevista terá duração média de 20 minutos, será realizada em um local reservado, com a porta fechada para que não sejamos incomodadas com barulhos ou outras pessoas e poderá ser interrompida em qualquer momento caso a Sra. necessite. Será utilizado um gravador e depois toda a

entrevista será passada para um papel, irei transcrevê-la tudo do jeito que a Sra. falou, integralmente. A gravação e análise das entrevistas são de responsabilidade desta pesquisadora e serão tratadas de forma discreta, sigilosa e anônima, exclusivamente para fins acadêmicos, resguardando a identidade e a privacidade da Sra e todas as pessoas envolvidas neste estudo e evitando qualquer tipo de dano ou constrangimento, obedecendo a todos os demais requisitos éticos, de acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As gravações serão apagadas logo após serem passadas para o papel, e as informações transcritas serão armazenadas sob a responsabilidade da pesquisadora em local seguro, por cinco anos.

Como benefícios, este estudo poderá oferecer dados para um melhor atendimento às mulheres que procuram o serviço de saúde apresentando sinais e sintomas consequentes do HPV, pois contribuirá para que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar essas manifestações, realizar o diagnóstico o mais rápido possível e iniciar o tratamento, impedindo que o vírus se espalhe e criando possibilidades de prevenção, evitando, dessa forma, que haja um retorno da doença e novas infecções.

A sua colaboração como voluntário (a) é muito importante, mas a sua participação não receberá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar da pesquisa em qualquer momento sem prejuízo a Sra. Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo.

Após ser esclarecida sobre as informações acima, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

_____, ____/____/____ (Local e data)

Assinatura da entrevistada

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da aluna colaboradora



Impressão Datiloscópica

ANEXOS

ANEXO A



Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação da Integração Ensino-Serviço

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Santo Antônio de Jesus, 13 de Dezembro de 2013

Declaro, por meio desta, a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus na realização do projeto de pesquisa intitulada "Avaliação do fluxo de atendimento às mulheres com manifestações secundárias ao Papiloma Virus Humano (HPV)." A pesquisa será desenvolvida pela discente Charline Machado de Souza Brito, do curso de enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia sob orientação Prof.ª Dra. Lilian Conceição Guimarães de Almeida.

Ratifico necessidade do cumprimento da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do aguardo do parecer a ser emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa, para dar início à coleta de dados que, por sua vez, só será possível mediante a confecção da carta de apresentação para os sujeitos/setores, por esta Secretaria.

Por fim, afirmo que esta secretaria está ciente de suas responsabilidades enquanto coparticipante deste projeto de pesquisa.

Tatiana Santos de Almeida
 Coordenação de Integração Ensino e Serviço

Rua A – Quinta do Inglês – Centro Médico Cajaíba, nº. 87 – Sala 203 – 2.º andar
 Santo Antônio de Jesus – BA – CEP: 44572-055
 E-mail: sajsaudes@mina.com.br - Telefax: (75) 3632-4482/4491-4538/4634

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Fluxo de Atendimento às mulheres com manifestações secundárias ao Papiloma Vírus Humano (HPV)

Pesquisador: Lilian Conceição Guimarães de Almeida

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26371113.1.0000.0056

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 605.927

Data da Relatoria: 27/02/2014

Apresentação do Projeto:

O cenário atual demonstra um claro crescimento das DSTs na população feminina, entre elas destaca-se o Papiloma Vírus Humano (HPV), devido a sua alta incidência, por ocasionar graves complicações na saúde da população feminina, como o câncer de colo do útero, por não ser totalmente prevenível com o uso do preservativo, e por se tratar, ainda, de uma doença que gera tabu a respeito da existência ou não de uma cura. Embora a presença do HPV no organismo se constitua como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), a presença dos sinais e sintomas típicos desse vírus significa a instalação da doença, tratando-se a partir daí de uma DST. Levando em conta que este estudo tem como foco as mulheres que apresentam as manifestações características do HPV, o termo utilizado será DST. Este vírus é mais comum nos jovens e nos indivíduos sexualmente ativos, sendo que a prevalência da doença é tão grande que aproximadamente 75% a 80% da população será infectada durante sua vida. Outro dado que elucida a relevância de se realizar esse estudo é que a infecção pelo HPV é a principal alteração que pode levar ao desenvolvimento do câncer de colo de útero, sendo este último, o segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. A motivação para realizar o estudo sobre essa temática surgiu a partir da percepção de que mesmo com a alta incidência, o HPV ainda se trata de uma

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710			
Bairro: Centro	CEP: 44.360-000		
UF: BA	Município: CRUZ DAS ALMAS		
Telefone: (75)3621-6850	Fax: (75)3621-9767	E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br	

doença pouco conhecida pela população e pelos profissionais de Saúde, sendo que os últimos, pela falta de conhecimento ou pela inexistência de um fluxo de atendimento, têm assistido essas mulheres de forma inadequada, podendo ocasionar intercorrências que às vezes retardam o processo de diagnóstico e tratamento. O objetivo geral do estudo é Avaliar o fluxo de Atendimento as mulheres com manifestações secundárias ao HPV assistidas na Policlínica Municipal Doutor Antonio Albuquerque, do município de Santo Antônio de Jesus- Ba. O estudo em questão trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem de natureza qualitativa, na qual a coleta de dados será realizada através de uma entrevista semi- estruturada e a observação livre. Têm como sujeitos mulheres acima de 18 anos que apresentaram diagnóstico confirmado de HPV e que foram assistidas em uma unidade de média complexidade do município de Santo Antônio de Jesus/ Ba. Através da fundamentação teórica adquirida durante todo o processo de construção do projeto, a pesquisadora realizará a análise de dados, que será organizada e categorizada através do fundamento da análise de conteúdo de Bardin. A coleta de dados só se iniciará após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, sabendo que a entrevista será realizada em local privativo, combinado com o entrevistado, levando em consideração o agendamento e a disposição do mesmo.¿

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: ¿Avaliar o fluxo de Atendimento as mulheres com manifestações secundárias ao HPV assistidas na Policlínica Municipal Doutor Antonio Albuquerque,do município de Santo Antônio de Jesus-Ba.¿

Objetivo Secundário: ¿Caracterizar o perfil sócio- demográfico das mulheres com as manifestações secundárias ao HPV no município; Conhecer o entendimento dessas mulheres a cerca de sua patologia; Descrever as principais manifestações e agravos apresentadas pelas mulheres; Identificar as dificuldades enfrentadas por essas mulheres para a realização do tratamento.¿

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: ¿Risco de causar vergonha e constrangimento as mulheres submetidas a entrevista, visto que as perguntas são de caráter íntimo¿.

Benefícios: ¿Oferecer dados para um melhor atendimento às mulheres que procuram o serviço de saúde apresentando sinais e sintomas consequentes do HPV, pois contribuirá para que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar essas manifestações, realizar o diagnóstico o mais rápido possível e iniciar o tratamento, impedindo que

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710	CEP: 44.380-000
Bairro: Centro	
UF: BA	Município: CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850	Fax: (75)3621-9767 E-mail: eticaempesquisa@ufrb.edu.br

o vírus se espalhe e criando possibilidades de prevenção, evitando, dessa forma, que haja um retorno da doença e novas infecções.¿

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apreciada constitui tema de relevância científica, contribui para o entendimento de um problema de saúde pública e melhoria do atendimento a população feminina nas unidades de saúde da família do município e do Recôncavo baiano. O protocolo do projeto está bem estruturado e obedece aos critérios da Resolução CNS 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória ao presente projeto estão em conformidade a Resolução CNS 466 (2012).

Recomendações:

Todas as pendências listadas em parecer anterior foram corrigidas pelo pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto intitulado ¿Avaliação do fluxo de atendimento às mulheres com manifestações secundárias ao hpv.¿ representa tema com perspectivas de contribuição aos participantes e a região do Recôncavo da Bahia, no que tange ao cuidado e atendimento das mulheres em Unidade de Saúde da Família, assim o parecer deste relator é de aprovação ao projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CRUZ DAS ALMAS, 06 de Abril de 2014

Assinador por:
Cintia Mota Cardeal
(Coordenador)

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710	CEP: 44.380-000
Bairro: Centro	
UF: BA	Município: CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-6850	Fax: (75)3621-9767 E-mail: eticaempesquisa@ufpb.edu.br