



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CAMPUS I – CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**JOYCE CAROLYNE RIBEIRO DE HOLANDA**

**USO DO PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER PELOS ENFERMEIROS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO  
ÚTERO**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2017**

**JOYCE CAROLYNE RIBEIRO DE HOLANDA**

**USO DO PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER PELOS ENFERMEIROS NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO  
ÚTERO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado sob a forma de artigo ao Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claudia Santos Martiniano Sousa.**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

H722u Holanda, Joyce Carlyne Ribeiro de.  
Uso do protocolo de saúde da mulher pelos enfermeiros na atenção primária à saúde na prevenção do câncer de colo do útero [manuscrito] : / Joyce Carlyne Ribeiro de Holanda. - 2017.  
54 p. : il. colorido.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.  
"Orientação : Profa. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."  
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da mulher. 3. Câncer de Colo do útero.

21. ed. CDD 610.736 78







**JOYCE CAROLYNE RIBEIRO DE HOLANDA**

**USO DO PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER PELOS  
ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO DO  
CÂNCER DE COLO DO ÚTERO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado sob a forma de artigo no  
Curso de Graduação de Enfermagem  
da Universidade Estadual da Paraíba,  
como requisito parcial à obtenção do  
Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª. Cláudia  
Santos Martiniano Sousa

Aprovado em: 14/12/2017.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof.ª Dr.ª Cláudia Santos Martiniano Sousa (UEPB)  
Orientadora

  
Prof.ª Dr.ª Ardigleusa Alves Coelho (UEPB)  
Examinadora

  
Prof.ª Maria José Gomes Moura (UEPB)  
Examinadora

*“Aos meus pais, Edmundo e Júlia (In Memoriam), aos meus irmãos, Júlio e Arthur, e a minha querida orientadora, Dr<sup>a</sup> Claudia, pois sem eles, muitos dos meus sonhos não se realizariam e este, não teria fundamento. Dedico”.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Primeiramente, agradeço a todos que, de forma direta ou indireta, estiveram presentes nos momentos tranquilos ou agitados, em minha vida.*

*Hoje, posso dizer que estou concluindo mais uma etapa de um sonho não só meu, mas, de pessoas que tiveram totalmente presentes em minha vida, como meu alicerce. Sonho este, bastante esforçado, “trabalhoso” [...] mas, sobretudo iluminado e agraciado por ter encontrado pessoas maravilhosas, que me ajudaram muito durante toda a minha caminhada.*

*Dedico este trabalho aos meus pais e aos meus irmãos que sempre me ampararam com muita dedicação, cuidado, motivação de lutar por meus sonhos e o mais importante, com todo o amor que eu pudesse ter. Em especial ao grande e eterno amor de minha vida – a minha linda e amada Mãe - a perda mais brusca, inesperada e dura que poderia ter em meio a minha adolescência... Carregando tantos sonhos, imaginava tantos momentos que ainda juntas, teríamos [...]. E o maior sonho dela sabe qual era? O de ver os três filhos formados! A vida foi um tanto quanto “traioeira”, e ela partiu desta para outra vida, bem quando eu havia começado a jornada acadêmica. Ela não está mais aqui presente fisicamente em vida, mas sei que, de alguma forma ela está, esteve e sempre estará ao meu lado, bem como meu anjo protetor. E foi em meio ao seu processo de saúde-doença, que adquiri conhecimentos que levarei por toda minha vida e que nenhuma universidade poderia me instruir quanto: a de ser HUMANO. A vida às vezes obriga você a aprender! Foi um aprendizado difícil, árduo, mas, muito aprendi ao ver e acompanhar minha mãe por tanto sofrimento, em meio a tanta dor, na luta contra o Câncer e não entender o porquê de tudo aquilo, e logo com ela... A mulher de fé inabalável, forte, que tinha o prazer de sempre estar ajudando a todos, independente de qualquer coisa e nunca reclamou de nada, nem negou nada. Quando se é um ente querido você passa a ter um olhar holístico para com ele enquanto paciente. E este é o olhar que quero ter em qualquer área de minha vida para com qualquer pessoa.*

*Agradeço à minha querida e amável professora-orientadora, Dr<sup>a</sup> Claudia, que não desistiu de mim e sempre me estimulou, segurou em minhas mãos e teve toda paciência, carinho, apoio [...] de uma mãe para com sua filha, conseguindo em meio aos seus trabalhos e deveres, me ajudar e muito. Porém, palavras me faltam para expressar tamanha dedicação da mesma.*

*Agradeço aos meus padrinhos, tios e primos - maternos- que sempre me conferiram carinho e agrado.*

*Agradeço as minhas amigas de mais de uma década: Bruna Gabriela, Nathália Dias e Raquel Silva, que participaram em parte do meu crescimento estudantil e como pessoa e permanecem até os dias de hoje, companheiras.*

*Agradeço às minhas amigas e companheiras de curso, que me ajudaram: Lunik Hélem, Aline Silva, Luana de Macedo, Emanuelle Mestre, Alba Rossana e Aline Luz.*

*Agradeço aos demais colegas desta jornada, que de uma forma ou de outra, contribuíram para o meu engrandecimento profissional e pessoal. Por terem sido companheiros em meio às minhas dificuldades e ansiedades.*

*Agradeço aos meus amigos, que me conferiram tamanho apoio. Em especial a Marcos Antônio.*

*Agradeço aos coordenadores do Curso de Enfermagem da UEPB, aos funcionários (em especial Sr. José dos Santos, o Dedé), a banca examinadora (minhas queridas Deinha e Ardi) e aos professores por toda a dedicação.*

*Não posso esquecer-me de agradecer o apoio e toda ajuda da enfermeira/Mestranda Wezila Gonçalves do Nascimento.*

*E finalmente agradeço a Deus, por proporcionar estes agradecimentos a todos que se fizeram presentes em minha vida, além de ter me presenteado com uma família e amigos maravilhosos. Agradecer é pouco. Viver é uma forma de agradecer.*

*“A jornada pareceu árdua... O desânimo tentou se apossar por vezes... Mas, foi por eles, que busquei coragem, força e determinação para continuar e chegar bem mais além de onde estou!”*

*Obrigada por tudo e a todos.*

*“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”*

*(Chico Xavier)*

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. METODOLOGIA.....	17
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
APÊNDICE.....	48
ANEXOS.....	49

# USO DO PROTOCOLO DE SAÚDE DA MULHER PELOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

*HOLANDA, Joyce Carlyne Ribeiro de<sup>1</sup>*

## RESUMO

Trata-se de um estudo de caso, exploratório de análise qualitativa, tendo por objetivo analisar o uso dos protocolos de saúde da mulher pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde, no rastreamento do câncer de colo do útero. Teve como cenário a Estratégia Saúde da Família e os participantes foram enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Analisaram-se os dados pela Análise Conteúdo do tipo categorial temática. Os resultados estão organizados em quatro dimensões. No Acolhimento com escuta qualificada observou-se que o enfermeiro realiza o acolhimento limitado à queixa da mulher motivada por demanda espontânea. Na Avaliação global da mulher observou-se que o enfermeiro realiza consulta de forma integral à mulher. No Plano de cuidados, os enfermeiros informam ter autonomia para a realização do exame, mas, nem todos realizam avaliação do resultado desse exame. As facilidades e dificuldades no uso do protocolo nas ações de prevenção do câncer de colo do útero revelou como facilidades a busca espontânea e o vínculo, a estrutura física e presença de insumos e competência/habilidade para realizar o exame. Como dificuldades foram apontadas: demora na marcação de exames e recebimento dos resultados levando a pouca credibilidade do serviço. Conclui-se que os enfermeiros, em sua maioria segue o previsto no protocolo de Saúde das Mulheres em relação à prevenção do câncer de colo do útero, no entanto, algumas lacunas precisam ser revistas com vista à oferta de uma consulta integral e qualificação da Atenção à saúde das mulheres.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Saúde da Mulher. Câncer de Colo do útero.

## 1. INTRODUÇÃO

A Saúde Pública no Brasil teve início em 1808, a partir da Lei nº 1.920, mas foi em 1953 que o Governo Federal iniciou a realização de ações na área da saúde por meio do Departamento Nacional de Saúde Pública e passou a ser nomeado de fato, como Ministério da Saúde (MS),

---

<sup>1</sup> Aluna de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I. E-mail: joyce.holandah@hotmail.com



tornando-se responsável pela administração e manutenção da Política Nacional de Saúde em 1967 (BRASIL, 2016).

Na década de 1980, com a Constituição Federal de 1988, ficou determinado que fosse responsabilidade do Estado garantir saúde a todos e assim, foi constituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi aprovado no Congresso Nacional em 1990 passando ainda por diversas reformas na sua estruturação (BRASIL, 2016).

Internacionalmente, com a Declaração de Alma-Ata em 1978, foi criada a Atenção Primária à Saúde (APS) como uma estratégia para a reorganização dos sistemas a fim de oferecer o acesso de qualidade à saúde de forma regionalizada, contínua e sistematizada abrangendo desde ações preventivas e curativas de indivíduo à comunidade (MATTA; MOROSINI, 2009).

No Brasil, seguindo essa mesma orientação, no sentido de reorganização das ações de saúde, o MS implantou em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como balizas as diretrizes do SUS, objetivando: ampliação, qualificação e fortalecimento da Atenção Básica (AB), devendo ser composta por uma equipe multiprofissional o que capacita oferecer um processo de trabalho com maior potencial focando nos princípios, diretrizes e fundamentos da AB propiciando uma importante relação custo efetividade estando impostas as atribuições das equipes de Saúde da Família, assim como de cada profissional a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012).

No tocante à organização do serviço, este historicamente esteve direcionado à saúde da mulher com a evolução do movimento feminista, as ações de saúde tomaram uma postura mais qualificada do que até então ofereciam. Nesse sentido, em 1984, o MS instituiu o Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), englobando serviços à mulher como ser integral, desde a contracepção e ao longo de todas as etapas da vida (ginecológica e reprodutiva) (BRASIL, 2013).

O programa tem por finalidade promover ações de assistência integral à mulher visando à redução das taxas de morbimortalidade em todos os níveis de complexidade. Estas ações integram-se por cinco eixos emergentes: planejamento familiar, violência sexual, pré-natal, parto e puerpério, e a prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino e da mama (SANTOS et al., 2010).

O PAISM agregou também a ideia de hierarquização, regionalização, igualdade e integralidade na atenção, no âmbito do Movimento Sanitário, propondo, além disso, uma linha de

comunicação entre as mulheres/usuárias e os profissionais de saúde melhorando, por sua vez, a assistência prestada e o autocuidado do público alvo (BRASIL, 2013).

No Brasil, o controle do câncer teve início com iniciativas pioneiras de profissionais da área de saúde, a partir da década de 1940. Meados de 1973, o Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Câncer, criou o Programa Nacional de Controle do Câncer, que englobaria o câncer em geral, mas em destaque o rastreamento do câncer do colo de útero. Essa pode ser considerada a primeira ação de esfera nacional do MS (INCA, 2011).

O PAISM pode oferecer, por meio dos serviços básicos de saúde, as atividades de prevenção para as mulheres estimulando a coleta de material para o exame citopatológico e ainda instruir quanto ao Autoexame das Mamas (AEM), medidas estas básicas, simples embora de suma importância como prevenção do referido câncer (INCA, 2017).

Com a criação do SUS e sua normatização pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) passou a ser o órgão responsável pela caracterização da política nacional do câncer, introduzindo o programa de Oncologia (PRO-ONCO) constituído em 1986 (INCA, 2017).

Neste sentido, o INCA atendendo solicitação do MS, elaborou na década de 1990, um projeto piloto chamado “Viva Mulher”, conduzidos por mulheres em idade produtiva. A partir de então, foram estruturadas protocolos para a padronização de condutas (INCA, 2017).

Ainda neste período, constituiu-se o Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO) junto ao DATASUS, como instrumento das ações do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Os resultados obtidos pelo sistema permite avaliar a cobertura da população-alvo, os exames, a situação do seguimento das usuárias com exames alterados, a prevalência das lesões precursoras, o que contribui para melhoria das ações de rastreamento, diagnóstico e tratamento (INCA, 2016).

Em 2000, o MS elaborou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que teve como principal estratégia, ratificar o aperfeiçoamento do acesso e da qualidade da assistência prestada no pré-natal, no parto e no puerpério, à gestante e ao recém-nascido, no sentido de promover os direitos constituídos aos mesmos consequentemente, na tentativa de reduzir as taxas de morbimortalidades evitáveis, materno e/ou perinatal (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Em 2003, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), foi instituída visando mediante os direitos legalmente constituídos, ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS, mas, foi em 2004 que passou a ser implantada (BRASIL, 2004).

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que firmou o controle do câncer de colo do útero, por meio da Portaria GM nº 2.439/2006, de 31 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005).

A detecção precoce foi reafirmada no Pacto pela Saúde em 2006 com a inclusão dos indicadores no pacto de metas com municípios e estados, para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (INCA, 2017).

Em 2010, o MS instituiu mediante a Portaria nº 310/2010, um grupo de trabalho objetivando avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero. Em 2011, o INCA publicou a atualização das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero (PNCCU) (INCA, 2017).

O MS por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI) e com participação do INCA busca desenvolver ações para diminuir os altos índices de mortalidade e a prevalência de novos casos detectados desta patologia. Para tanto, tem-se o controle através da vacina tetravalente contra o HPV - para meninas de 9 a 14 anos de idade e para meninos de 12 a 13 anos de idade, e o uso de preservativo bem como, a realização do exame preventivo para o controle da mesma. Esta vacina protege contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV causadores de verrugas genitais e responsáveis por cerca de aproximadamente 70% dos casos de câncer de colo do útero. Porém, apesar dos avanços obtidos, ainda sim, no Brasil, esta questão, é um desafio (INCA, 2017).

Para a operacionalização dessas políticas de saúde da mulher, o MS vem produzindo materiais técnicos que visam orientar o processo de trabalho das equipes na AB. Esses materiais são os Cadernos da Atenção Básica, que foram lançados em 2010, 2012 e 2016. O mais recente material que visa potencializar a ação do profissional de saúde em relação à saúde da mulher é o Protocolo da Atenção Básica Saúde das Mulheres, publicado em 2016.

Visando ampliar a resolução das equipes de saúde, estes, protocolos abordando não só numa perspectiva clínica, mas, também, de gestão do cuidado, orientando a tomada de uma decisão qualificada, subsidiando suas ações do cuidado na Atenção Básica. O atual protocolo publicado em 2016, denominado Protocolos da Atenção Básica Saúde das Mulheres, mescla os princípios e

diretrizes da PNAISM, ao focar no gênero, procurando oferecer tanto a integralidade e a promoção da saúde quanto, os avanços no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, sob orientação dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania. Além disso, firma um compromisso com a implementação de ações de saúde no âmbito da AB que reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, a partir da adoção de boas práticas profissionais atualizadas, com enfoque também, para a mulher (BRASIL, 2016).

O Protocolo de Atenção Básica Saúde das Mulheres aborda Atenção aos problemas/queixas mais comuns em saúde das mulheres, Atenção as mulheres no pré-natal de baixo risco, Atenção a mulher no puerpério do aleitamento materno, Planejamento reprodutivo, Prevenção do câncer de colo do útero, Prevenção do câncer de mama, Atenção as mulheres no climatério e Atenção as mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica/intrafamiliar. Dentro do referido protocolo, é especificamente o protocolo de prevenção de câncer de colo do útero que tornou-se objeto de análise desse estudo.

Neste sentido, a prevenção primária, inicia com a oferta de vacinação contra o HPV, como já citado anteriormente, orientações sobre o uso do preservativo, o combate ao tabagismo uma vez, o mesmo está fortemente associado ao desenvolvimento do câncer. Realizar busca ativa de mulheres dentro da população-alvo e com exames em atraso, dar seguimento aos casos com resultados alterados (encaminhar para serviços de referência, médico especialista ou realização de exame mais complexo) e educação em saúde, dando enfoque, a importância da realização do exame citopatológico, a periodicidade do mesmo, além de orientações quanto ao sexo seguro, os fatores de risco para o câncer de colo do útero (BRASIL, 2016).

Certificar uma assistência humanizada e qualificada é uma forma primordial de garantir saúde à mulher, quanto à importância do câncer do colo uterino, onde as altas taxas de mortalidade orientam quanto às ações de rastreamento e detecção precoce através, da coleta do exame citopatológico (SANTOS et al., 2010).

Como forma auxiliar a conduta profissional para uma melhor promoção de atendimento de segurança e qualidade aos usuários do SUS, visando também, incorporar novos conhecimentos e procedimentos às ações, o Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (COREN), instituiu os protocolos como instrumentos para nortear a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), nas condutas do profissional da área no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS) assim como, nas ações a serem elaboradas nas comunidades (ROSSO et al., 2014).

As vantagens do uso do protocolo de rastreamento do câncer de colo do útero, para os enfermeiros, englobam a oferta de um material consolidado, sancionado e a praticidade na consulta. Além de permitirem a sistematização da assistência oferecida e a aprovação na tomada de decisões nas consultas de enfermagem no âmbito das UBS, como nas ações elaboradas para a comunidade (ROSSO et al., 2014).

As desvantagens do uso do protocolo implica no não atendimento às propostas dos protocolos de rastreamento do câncer do colo do útero, ou do desconhecimento dos princípios da prática baseada em evidências (PIMENTA et al., 2014).

Atualmente, a principal recomendação do MS, para a detecção precoce e rastreamento do câncer de colo do útero é a solicitação e realização da coleta do material para exames citopatológicos, buscando o diagnóstico e tratamento precoce de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), que predispõe o câncer de colo do útero e orientações acerca dos mesmos, o que contribui consequentemente na redução da incidência dos casos de câncer de colo do útero (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2015).

O câncer do colo de útero é o segundo tipo de câncer comum entre as mulheres brasileiras, porém é de fácil detecção através da coleta do exame preventivo citopatológico em mulheres, prioritariamente, de 25 a 59 anos de idade, com vida sexual ativa, devendo ser realizado os dois primeiros exames anuais consecutivos se tiverem normais, deve ser repetido após três anos (BRASIL, 2010).

No Brasil, no ano de 2016, estimou-se 16.340 novos casos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. As Regiões Centro-Oeste (20,72/100 mil) e Nordeste (19,49/100 mil), ocupam a segunda posição de maior incidência pelo câncer de colo do útero, ficando atrás, apenas para a Região Norte (23,97/100 mil), segundo dados disponibilizados pelo INCA (2015) (INCA, 2015).

Os cânceres no geral são doenças de crescimento - muitas vezes - lento e silencioso e em alguns casos são consideradas uma das lesões malignas mais receadas pelas mulheres, pelo encadeamento de consequências que engloba esta patologia, pois, afeta o psicológico, quando interfere na estética da mulher (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2008).

Dentre os fatores de risco que tornam uma pessoa mais susceptível e que estão diretamente associadas ao alto índice de desenvolvimento do câncer de colo do útero são: atividade sexual desprotegida; maior número de filhos; múltiplos parceiros sexuais; infecção pelo papilomavírus

humano - HPV; imunossupressão; tabagismo; dieta e uso de pílulas anticoncepcionais orais por um longo período de tempo (BRASIL, 2016).

Atingir alta cobertura no rastreamento da população alvo é a principal estratégia para que se obtenha significativa redução nos índices de mortalidade por câncer de colo de útero e de suas lesões precursoras. Estima-se que no Brasil, de 12% a 20% das mulheres, entre 25 e 64 anos, nunca realizaram o exame preventivo (citopatológico) (BRASIL, 2016).

Este exame preventivo – citopatológico - é também conhecido por esfregaço vaginal, exame Papanicolau ou citologia esfoliativa, e tem por finalidade detectar precocemente doenças do colo do útero para que, não evoluam para câncer (ROMERO, 2001).

Dentre os motivos que acarretam a uma baixa cobertura no rastreamento, encontra-se a dificuldade de acesso e acolhimento enfrentado pelas mulheres – desde o fato de ser deficiente físico, ser lésbica [...] até o fato de ser moradora de rua – além de outros fatores que se tornam “invisível” e que, podem contribuir para que não seja ofertada a elas, a coleta do exame preventivo e conseqüentemente, negando-as à oportunidade para o diagnóstico precoce (BRASIL, 2016).

O papel do enfermeiro consiste em realizar consulta de enfermagem, coletar material para exames, estimular as mulheres a realizarem os exames preventivos (citopatológico, e o autoexame das mamas (AEM)), orientando tais medidas preventivas e a comparecerem à consulta ginecológica. Pôr em prática ações educativas e a educação continuada que é indispensável (MELO, 2012).

Os altos índices de mortalidade por câncer no país evidenciam a importância e a necessidade de estratégias de rastreamento e controle dessa patologia através de ações de promoção à saúde, tratamento e cuidados, prevenção e detecção precoce a fim de possibilitar uma integralidade do cuidado. Sendo de suma importância a criação e prática de Políticas Públicas na Atenção Básica que garantam ações voltadas ao controle do mesmo (BRASIL, 2016).

Torna-se perceptível que o exercício do enfermeiro na ESF é de total importância para o desenvolvimento de práticas embasadas e para o desempenho da equipe na qual o mesmo se insere, nos serviços de saúde. Assim, havendo a necessidade do uso dos protocolos - que podem ser definidos para todas as atividades de enfermagem em todos os níveis de atenção (ROSSO et al., 2014).

Mesmo com todo o avanço, desde as atividades pioneiras até a atualidade, direcionadas à mulher no sentido de rastreamento, detecção precoce, na ampliação da cobertura do exame



preventivo, especialmente às atividades das equipes ESF, ainda sim, não se encontra metas 100% atingidas, seja pelos fatores existentes dentro do próprio serviço quanto a prestar uma assistência qualificada ou pelo não comparecimento da população-alvo à ESF (SOUZA et al., 2012).

Nesse sentido é importante que o profissional, em seu papel, exerça suas atividades embasadas pelos protocolos a fim, de contribuir de forma satisfatória na prevenção e detecção precoce do Câncer de Colo de Útero.

Para tanto, é oportuna buscar resposta para este estudo: os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Campina Grande/PB conhecem e utilizam o protocolo de atenção básica para nortear suas ações de saúde da mulher no que diz respeito ao rastreamento do câncer de colo do útero? Quais possíveis facilidades e dificuldades do uso de protocolos no processo de trabalho do enfermeiro?

Mediante o exposto, esse artigo tem como objetivo analisar o uso do protocolo de saúde da mulher pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde, na prevenção do câncer de colo do útero. De modo específico, visa analisar se os enfermeiros fazem uso dos protocolos em suas consultas; identificar as vantagens e desvantagens do uso dos protocolos pelos enfermeiros.

## **2. METODOLOGIA**

O presente estudo faz parte da pesquisa intitulada “Conhecimento e a utilização dos Protocolos de Saúde da Mulher por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde”, que se analisou o conhecimento e a utilização do referido protocolo por esses profissionais, em suas oito dimensões, mencionados anteriormente. Esse artigo analisa a dimensão prevenção do câncer de colo do útero.

Trata de um estudo de caso no ponto de vista de Yin (2001), exploratório de abordagem qualitativa. O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real (YIN, 2001).

O cenário da pesquisa de campo foi a ESF no município de Campina Grande - PB, que se configura como a segunda cidade mais populosa da Paraíba, com uma população aproximada de 407.754 habitantes, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2016).

Campina Grande compôs as experiências pioneiras da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, pelo MS, atualmente intitulada de Estratégia Saúde da Família, com 88% de cobertura populacional (BRASIL, 2012).

O município está dividido em oito distritos sanitários e possui 80 Unidades de Saúde da Família (USF), abrangendo 116 equipes, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2016).

A população participante da pesquisa foram os enfermeiros assistenciais das UBS do município referido. Para amostra, foram sorteados aleatoriamente 05 participantes de cada distrito sanitário, com um total de 40 participantes. Durante a coleta de dados, houve perda de um participante por não haver disponibilidade para a participação na pesquisa, totalizando 39 participantes.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: enfermeiros assistenciais atuantes na ESF do município visto que, realizando dentre suas atividades, o rastreamento do câncer de colo do útero.

Como critério de exclusão foi considerado apenas os enfermeiros que não estejam exercendo a função assistencial nas equipes Saúde da Família.

A técnica de coleta de dados teve por instrumento, uma entrevista semiestruturada composta por questões abertas (APÊNDICE A) - que foram formuladas com embasamento teórico no Protocolo da Atenção Básica de 2016, pelo MS.

Para a validação do instrumento de pesquisa foi realizado o teste piloto com o roteiro de entrevista com um enfermeiro, visando avaliar os possíveis vieses de interpretação durante a realização da pergunta, bem como identificar se as questões formuladas atendiam ao objetivo da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em gravador digital em dupla entrada, os entrevistados assinaram o Termo de autorização para gravação de voz (ANEXO 1), estas entrevistas, foram transcritas na íntegra e constituíram o *corpus* que foi submetido à análise.

A análise de conteúdo foi do tipo categorial temática proposta por Bardin (2011) que se organiza em três fases: 1) pré-análise, com a leitura flutuante do material; 2) exploração do material que consiste na codificação e decomposição em função das categorias previamente elencadas e 3) tratamento dos resultados como unidade de análise, os fragmentos das falas dos sujeitos entrevistados, relatos de observação, a partir de inferências e interpretações (BARDIN, 2011).



A investigação se desenvolveu em consonância com os princípios éticos constantes na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa que estabelece como deve ser mediada a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob número **CAAE**: 63278216.3.0000.5187 (ANEXO 2).

Foram garantidos os cuidados éticos de sigilo e confidencialidade durante todas as fases da pesquisa, sendo mantido o anonimato por meio da codificação numérica dos participantes. Os entrevistados, foram esclarecidos sobre a natureza do estudo, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que a coleta de dados possa acarretar, sendo posteriormente convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3) no qual os enfermeiros poderão ou não confirmar sua anuência, explicitando-se ausência de prejuízos e constrangimentos mediante recusa em participar ou se retirar em qualquer fase do estudo. Ainda foi assinado pelo pesquisador responsável o Termo de Compromisso do Pesquisador (ANEXO 4).

Para garantir o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela sigla ENF seguida do número de ordem das entrevistas.

Como mencionado anteriormente, esse estudo tomou por base o Protocolo de Atenção Básica Saúde das Mulheres, na dimensão prevenção do câncer de colo de útero. Desse modo, organizou-se os resultados em quatro dimensões, sendo as três primeiras pré-estabelecidas e a última selecionada a partir dos dados: Acolhimento com escuta qualificada; Avaliação Global da Mulher; Plano de Cuidados na prevenção do câncer de colo do útero; Facilidades e dificuldades na implementação de ações de prevenção em câncer de colo do útero.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **Caracterização dos participantes do estudo**

A amostra da pesquisa constituiu-se de 39 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família distribuídos nos oito distritos do município de Campina Grande – PB.

Os enfermeiros entrevistados são, em sua maioria, do sexo feminino (94,9%). Quanto à idade, a variação foi entre 25 e 65 anos. Verificou-se maior proporção de enfermeiros na faixa etária de 25 a 39 anos (46,2%). Quanto ao estado civil a maior parte dos profissionais entrevistados

é casada (74%).

Entre os enfermeiros entrevistados a maioria (59,0 %) está atuando na Atenção Primária à Saúde entre seis e dez anos. Quanto ao tipo de vínculo do profissional, observa-se que, 84,6 % são concursados, possuindo o vínculo estatutário. A renda média está concentrada entre três a seis salários mínimos (56,4%).

Com relação ao tempo de formação, 35,9% dos enfermeiros entrevistados, está formada há mais de uma década. No que se refere à natureza da instituição formadora/graduação dos entrevistados mostram que, o maior percentual (79,5%) é oriundo de instituições públicas, e 20,5% de instituições privadas. No que diz respeito à realização de pós-graduação, mais de 92% dos entrevistados possuíam o título de especialista. Destes, nove enfermeiros realizaram mais de duas especializações, sendo o maior percentil (63,6%) especialistas em Saúde Pública/Saúde da Família/Coletiva Comunitária.

No quesito capacitação, 97,4% dos entrevistados realizaram alguma capacitação em Saúde da Mulher e 92,3% concluíram pelo menos duas capacitações. Assim, mais de 76% (76,9%) da amostra realizou capacitação em Prevenção do Câncer de Colo do útero, em menos de cinco anos (36%).

### **Acolhimento com escuta qualificada**

A atribuição do acolhimento com escuta qualificada deve ser compartilhada com toda equipe multiprofissional. Essa etapa corresponde à identificação dos motivos que levaram a usuária à unidade de saúde e a direciona ao atendimento necessário. Ressalta-se que, todo e qualquer contato da usuária com a unidade de saúde deve ser realizada oportunamente a oferta do rastreamento do câncer de colo do útero, com realização de coleta da colpocitologia para aquelas que não o fizeram.

Entre os enfermeiros entrevistados, alguns informam que realizam acolhimento às mulheres que procuram o serviço e tomam por base as queixas da mesma, como se destaca nas falas a seguir.

Se ela tem queixa. Se tá fazendo pra rotina, ou se ela tem alguma queixa, e aí ela vai vir

com queixa de dor pélvica, dor pra urinar, corrimento, sangramento. E aí dependendo da queixa dela dou prosseguimento [...]. (Enf. 7).

Geralmente eu faço um apanhado geral, quais são as sintomatologias [...] se ela tem queixa de alguma leucorreia, algumas coisa. Se ela tá sentindo alguma dor na relação, questões nessa área ginecológica, quais são as queixas gerais. (Enf. 10).

Procuro ver o motivo que ela veio para aquela consulta; qual a queixa dela no momento [...]. (Enf. 15).

Elas chegam, pergunto a queixa delas, porque veio fazer o exame, se está sentindo alguma coisa, ou se veio fazer só por prevenção [...]. (Enf. 37).

Lima et al (2007, p. 135) considera que a escuta qualificada é fundamental para a resolutividade do serviço. Essa escuta facilita o atendimento e encaminhamento das demandas apresentadas pelo usuário.

O acolhimento é caracterizado como um modo de exercer suas competências, de forma holística, atendendo a todos os usuários, que buscam os serviços de saúde, realizando a escuta qualificada, dessa forma, adotando no âmbito de trabalho. O acolhimento é uma conduta ética, onde há transferência de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções (Brasil, 2013).

### **Avaliação Global da mulher**

A avaliação global da mulher consta de entrevista, exame físico específico e exame citopatológico de colo do útero. A entrevista à mulher é realizada com o intuito de situar a abordagem da mulher na sua faixa etária; verificar a realização de exames anteriores; investigar antecedentes obstétricos, cirúrgicos relacionados à pelve, antecedentes patológicos com ênfase nas IST's; data da última menstruação e presença de queixas relacionadas a excreções vaginais. Essas atribuições são designadas para enfermeiros e médicos, exceto a realização do exame citopatológico de colo do útero, que no protocolo em estudo foi indicada como atribuição também do técnico de enfermagem, após treinamento prévio, em localidades onde seja necessário com vistas à ampliação do acesso da população-alvo (BRASIL, 2016).

Ao realizarem a abordagem às mulheres que irão se submeter ao exame citológico, os enfermeiros entrevistados referiram realizar abordagem integral, como se revela nas falas a seguir.

Antes a gente faz uma consulta integral. Então, eu vou ver o estado geral de saúde da mulher, vou fazer as perguntas que são pertinentes, se ela tem alguma queixa, e das queixas eu vou ver se estão relacionadas ao aparelho geniturinário, na parte ginecológica

dela, tudo a gente vai ver ali. E vai fazer o preenchimento daquela ficha que tem a história todinha. A anamnese todinha, diante daquilo eu vou ver o que tem relevância, pra já fazer os encaminhamentos necessários. E são pedidos os exames de rotina. Os exames de rotina que a enfermagem pode pedir é o hemograma, VDRL, o HIV, glicemia de jejum, sumário de urina e parasitológico de fezes. Mas se precisar de outro exame que não seja de rotina, uma dor pélvica que precisa de um ultrassom, eu solicito e o Médico carimba. Já para aquela mulher não ter que voltar e perder a oportunidade. Então ela é visto como um todo, é feito o exame de mama, além do exame físico, é feito o de mama também, a gente faz na hora do citológico. E é feito o exame da genitália e o citológico. E sim, é descrito tudo o que foi visualizado. (Enf. 28).

Ela já vem para fazer o exame? Vai desde a anamnese, a história clínica dela, a primeira menstruação, a gente tem uma listinha, uma ficha da mulher que aborda isso, as queixas, do que ela está sentindo, antecedentes familiares, antecedentes ginecológicos, primeira menarca, quantos parceiros sexualmente transmissíveis, anticoncepcional até o exame físico, são esses abordados, a gente faz o exame das mamas, examina e o citológico em si. (Enf. 31).

De acordo com os Protocolos da Atenção Básica Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016) o enfermeiro deve realizar uma avaliação holística e global por meio de um histórico e anamnese que contemple não apenas as queixas atuais, mas que procure investigar sua história pregressa, atual individual e familiar. A realização de um consulta de enfermagem não equivale apenas a predominância de um conjunto de sinais e sintomas, tais como: dispareunia, sangramentos vaginais anormais, mas, verificar a realização prévia do exame citológico; averiguar sobre a realização de exames intravaginais, uso de medicamentos vaginais ou espermicidas, relação sexual com preservativo, doenças sexualmente transmissíveis, conhecimento prévio sobre as doenças específicas da região genital, entre outros. Quanto aos antecedentes pessoais ginecológicos, realizar o exame físico, orientar a usuária a cerca do procedimento a fim de esclarecer as dúvidas, reduzindo conseqüentemente, o medo ainda existente, além de realizar o exame especular.

Considera-se importante que o enfermeiro ao abordar a mulher no citológico, o faça de modo diferenciado, garantindo as condições necessárias para que a mesma possa conhecer, conversar sobre a doença e como preveni-la. Deve ser ainda garantido o respeito à sua intimidade e a sua privacidade (FERREIRA, 2009).

Ao tomar como referência de abordagem a perspectiva da enfermagem humanística, o enfermeiro propicia uma atenção voltada à promoção da saúde da mulher, a partir do conhecimento sobre seu corpo e sua sexualidade, por meio de uma conversa aberta e transacional com a mulher (DANTAS et al, 2011).

No presente estudo, outros enfermeiros referiram limitar-se a queixa atual e a realização da coleta do material para exame citológico como nas falas dos seguintes enfermeiros:

Olha... Eu não gosto de entrar na intimidade dela e perguntar com quantas pessoas já teve relação nem nada disso, então procuro avaliar qual a queixa dela, o valor da sua pressão arterial e quando faz muito tempo que ela fez exames de rotina aproveito a oportunidade para solicitar. (Enf. 1).

Se ela tem queixa. Se tá fazendo pra rotina, ou se ela tem alguma queixa, e aí ela vai vim com queixa de dor pélvica, dor pra urinar, corrimento, sangramento. E aí dependendo da queixa dela a gente vai fazer o exame clínico e vai ver se tem alguma relação e vai tratar e dar o seguimento necessário. (Enf. 7).

Olhe, com relação a minha realidade, pela demanda, minha conversa é muito rápida. Uma vez ou outra que a gente faz uma “palestrinha” abordando essa parte. Pra falar a verdade, ultimamente eu não estou fazendo, é chamando uma por uma, perguntinha bem rápida, que é pra poder agilizar o atendimento, pois o horário da gente agora é até uma da tarde, [...] aí fica bem espremido, aí momento agora não está fazendo essa parte. (Enf. 16).

As falas acima denotam que, ainda existem dificuldades por parte dos enfermeiros, quanto à realização de uma consulta de forma integral. Esse tipo de abordagem limitada implicará em um atendimento rápido, mecânico conduzido quase que exclusivamente pelo uso de tecnologias duras e leve-duras, desconsiderando o processo relacional, tecnologia leve, que permite a construção de vínculo entre usuário-profissional-serviço. (MERHY, 2007), o fato de achar que não deve perguntar sobre a intimidade das mesmas ou falta de tempo, são fatores determinantes para a caracterização da falta de vínculo entre usuário-profissional.

Ao analisar a experiência de enfermeiros na prevenção do câncer cérvico-uterino, Dantas et al (2011) corroboram o presente estudo revelando que alguns enfermeiros pautam a sua conduta focalizando nos exames e informações de rotina. No entanto, toda ênfase deve ser dada à escuta e ao diálogo. Para os autores, “o vínculo afetivo, a empatia e o envolvimento entre a enfermeira e a mulher, elementos essenciais dessa relação, o profissional terá melhores condições de identificar as necessidades e estimular o entendimento da sexualidade e o autoconhecimento” (DANTAS et al, 2011, p. 650).

Buscou-se também nesse estudo conhecer a conduta do enfermeiro mediante alterações encontradas durante a coleta do citológico. Os mesmos informam que conseguem reconhecer as alterações do colo do útero durante a coleta do citológico quando essas estão presentes. Ao serem investigados sobre essa situação, alguns enfermeiros informaram realizar a abordagem sindrômica, como descrito nas seguintes falas:

Sim. Dependendo das alterações, né? Se for uma, algum tipo de leucorreia, algo que possa ser resolvido aqui mesmo, a gente vê se tiver medicação a gente já trata, dependendo da clínica, a gente já usa o protocolo [...]. (Enf. 18).

Sim, se for uma alteração que eu possa resolver, eu procuro tratar na hora, porque o exame às vezes demora um mês, dois meses pra vir ou não vem, eu prefiro tratar no mesmo dia, porque ela já veio com incomodo e voltar com o incomodo é complicado eu prefiro tratar na mesa hora [...]. (Enf. 25).

Tem gente que trata o citológico como a coleta de material, e não é uma coleta. Ele é um exame, que dentro do processo do exame, é feita a coleta. Então, você tem que entender quais são as alterações macroscópicas que aquele colo apresenta, se tem uma imagem sugestiva de NIC; se tem imagem sugestiva de HPV; se tem uma imagem sugestiva de uma DST que está plausível, está gritante. Por exemplo, eu vou fazer um citológico, e a paciente está com a cândida exacerbada, aquela secreção esbranquiçada em flocos; característica de cândida; a paciente está debilitada porque não aguenta nem andar, com a candidíase exacerbada. Eu vou esperar um resultado que chega com trinta dias? Não, a clínica é soberana; a gente trata baseado nos sinais clínicos, e melhora a qualidade de vida dessa paciente. (Enf. 38).

Segundo o protocolo, o enfermeiro pode realizar a abordagem sindrômica – prescrever medicamentos, tratar – após realizar a coleta para análise laboratorial, na presença de secreção vaginal anormal ou de colo friável e, independente desta abordagem, dar continuidade a rotina de rastreamento. Em caso de anormalidades como sangramento fora do período menstrual ou lesões suspeitas deve-se encaminhar a usuária para uma avaliação especializada. E em alguns casos como, por exemplo, o cisto de Naboth, que não há demanda de intervenção, apenas observar (BRASIL, 2016).

Considera-se relevante a abordagem sindrômica como atuação do profissional, por ser necessário o diagnóstico e tratamento precoce para evitar complicações provindas das IST, como forma de interceptar a transmissão das mesmas (ZAMPIER, 2008).

Outros enfermeiros do presente estudo alegaram que não estabelecem nenhuma conduta enquanto não receberem o resultado do exame:

Sim. Como só posso encaminhar para colposcopia quando estou com o resultado do exame, se encontrar alguma alteração [...]. (Enf. 1).

[...] mas deixo anotado no prontuário que verifiquei alteração e aguardo o resultado para fazer encaminhamento. Porque só posso encaminhar para colposcopia quando estiver com o resultado e dependendo do resultado do laboratório. (Enf. 2).

É complicado para a cabeça das mulheres, você dizer que viu alguma coisa. Que na maioria das vezes eu descrevo no prontuário coloco mil e quinhentas observações, boto em luz e neon que é pra quando aquele exame chegar, eu confrontar. Por que a gente sabe de como o colo se apresenta nas várias fases do ciclo menstrual, e às vezes a gente sabe que aquilo que a gente vê é só uma questão de escamação dele, aí se você disser... Às vezes sangra na coleta né? Eu digo pra elas "olhe, sangrou" eu oriento, agora não pense que é ferida, porque algumas acham que é ferida, porque as vezes que sangra o colo ele



pode está ectópico demais e aquilo ali ser dele, ser de um processo dele, depende do período menstrual que ela está, quantos filhos teve por parto vaginal. Então assim, não dá pra você descrever pra ela, eu espero o resultado chegar. (Enf. 37).

Os fluxogramas orientam os profissionais, mesmo os não especializados, através de quadros de decisões, a diagnosticar e tratar, indicando as ações, propostas pelo instrumento, que necessitam ser realizadas de acordo com a queixa apresentada pelo paciente (MOHERDAUI, 2000).

Outra situação observada foi a realização da avaliação conjunta com o (a) médico (a) da UBSF:

Vou chamar... Eu chamo a médica para ver e descrevo também no prontuário, às vezes, sim vejo também o corrimento [...]. (Enf. 31).

É, realizo, eu chamo a médica para avaliar também junto comigo, e se a gente pode resolver aqui, na maioria das vezes a gente pode já resolve, quando não a gente encaminha, pede a opinião do especialista também. (Enf. 33).

Sim, eu explico a paciente o que eu estou observando e escrevo no prontuário, pra quando, se for alguma coisa, se o médico, como o médico está aqui na unidade, eu chamo o médico para ver, mostrar, para ver e já escrevo no prontuário imediatamente. (Enf. 34).

As falas dos enfermeiros reproduzidas revelam por si, a interdisciplinaridade que deve ser estimulada para todas as linhas de cuidado em saúde, além de garantir que a mulher seja cuidada na sua individualidade e integralidade. As dimensões da gestão do cuidado são discutidas em três esferas: profissional, organizacional e sistêmica (CECÍLIO, 2009). Ao compartilhar a consulta da mulher com outro profissional, neste caso o médico, é vislumbrando a gestão do cuidado integral nas relações profissionais entre si e com os usuários (SANTOS; GIOVANELLA, 2013).

Mediante as alterações encontradas no citológico, alguns enfermeiros realizam encaminhamentos seja para a realização da colposcopia ou para um especialista, como revelam as seguintes falas:

[...]. Se é característica de alguma doença, de alguma lesão que é raro acontecer, então eu encaminho pra ginecologista, se eu ver que tem algum prolapso uterino então já encaminho pra ginecologista, já encaminho no mesmo dia. (Enf. 10).

[...] se for um condiloma, a gente encaminha para fazer a retirada. [...] a gente encaminha mesmo assim, para colposcopia [...] identificou pólipos tem que encaminhar para fazer a retirada; uma lesão que possa sugerir uma lesão de alto grau, a gente geralmente coleta e pede que faça particular [...]. (Enf. 14).

Aí depende das alterações, se for uma alteração que a gente tem que encaminhar a gente já a encaminha pra o setor de referência responsável [...]. Aqui tinha a ginecologista que

fazia, mas como ela saiu, aí a gente já encaminha para o Centro de Saúde da Bela Vista ou pra o Hospital Doutor Edgley que lá tem ginecologista. (Enf. 20).

O protocolo diz que, casos como: lesão suspeita ao exame especular; resultado de um colpocitológico com: ASC-H, LIE ou SIL de alto grau ou carcinoma *in situ*; resultado de dois colpocitológicos sucessivos com: ASC – US, LIE OU SIL de baixo grau, bem como, resultado de biópsia de colo com: neoplasia invasora (carcinoma epidermóide/adenocarcinoma); carcinoma microinvasor; displasia cervical grave, LIE alto grau (NIC 2/3); resultado de colpocitologia com: células malignas ou carcinoma invasor; AGC (células glandulares atípicas de significado indeterminado) são casos que necessitam de avaliação de serviços de referência ou de especialista, por tanto, devem ser encaminhados (BRASIL, 2016).

Os enfermeiros em seus discursos evidenciam a preocupação com o diagnóstico e tratamento oportuno para as mulheres que apresentarem alteração no exame citológico. A preocupação demonstrada no estudo é coerente com pesquisas realizadas acerca da importância do diagnóstico e tratamento precoce. Quadros et al (2004) ressaltaram que a redução da incidência, bem como da mortalidade devido ao câncer de colo do útero, não depende só de uma alta taxa de cobertura de citologia, mas também é preciso expertise adequada para coleta do exame, resultados menos demorados e tratamento adequado em tempo oportuno.

Ainda na avaliação global da mulher que se submete ao exame colpocitológico, a queixa da mulher deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário. É importante também verificar a presença de outras doenças como as ISTs e realizar a prescrição de medicamentos (BRASIL, 2016).

Alguns enfermeiros referiram que, diante da alteração no exame citológico, não realizam prescrição de medicamentos, como revelam as falas a seguir:

Não, quem prescreve é ela [a médica]. (Enf. 8).

[...] Em outros casos, se ele [o médico] não tiver aqui, em outros casos, não. Casos que possam esperar que suspeite que não tenha aquela coisa muito característica, aí eu avalio o resultado do exame que é pra mostrar pro médico, para ele prescrever. (Enf. 28).

[...] aí a parte dessas medicações que precisa de receita controlada, né que agora é feita com antibiótico é feita com receita controlada, ai eu peço a médica. (Enf. 32).

No que se refere à prescrição de medicamentos, alguns enfermeiros afirmaram não realizar a prescrição de medicamentos por não terem autonomia quando a medicação necessita de uma



receita branca especial de duas vias, como para antibióticos ou só prescreve após confirmação do resultado.

No entanto, outros enfermeiros, afirmaram realizar abordagem sindrômica, para com as usuárias que foram identificadas alguma alteração no momento da coleta do citológico como veremos a seguir:

Sim, eu consulto o manual do COREN e prescrevo o medicamento dependendo das queixas da paciente e dos achados na hora da coleta do citológico. (Enf. 3).

Sim, dependendo das alterações sim, mas como eu faço a abordagem sindrômica, muitas vezes essa prescrição ela acontece antes da chegada do exame e aí eu apenas ajusto a necessidade de medicar complementar o que eu já fiz ou não. Digamos se tiver candidíase e ela tiver queixa aí eu posso fazer Miconazol. Se for uma candidíase de repetição, que aí geralmente quando a paciente vem, por exemplo, uma candidíase você não erra, aquele colo hiperemiado, a parede vaginal tá com grumos aderidos á paredes, a queixa de prurido, de ardor, então tudo isso aí direciona e você não erra. Então geralmente o Miconazol é feito e dependendo do resultado a gente vai complementar ou não. Um caso de tricomoníase ou vaginose bacteriana o Metronidazol e se por acaso, digamos, eu vi lá característica, porque a vaginose ela tem característica semelhante, eu fiz só a geleia, mas quando chega o resultado vem tricomoníase, então eu tenho que fazer um oral pra ela e pra o parceiro e tenho que notificar. (Enf. 7).

Para Carret et al (2004, p. 77), a abordagem sindrômica, “embora não permita o diagnóstico etiológico, apresenta-se como uma alternativa viável e de baixo custo para estudos epidemiológicos de DST, uma vez que possibilita a identificação dos casos sintomáticos”.

Os estudos de Martiniano et al, se destacam na investigação sobre a prescrição de medicamentos por enfermeiros no Brasil. Nesses estudos verificou-se que esses profissionais não vem assumindo o papel de prescritor de forma plena em nenhuma área de cuidado, à despeito do que rege a lei do exercício profissional da categoria. Isso se dá pelo fato de que esses enfermeiros não se sentem capacitados para tal atribuição (MARTINIANO et al, 2014, 2015).

E outros entrevistados apontaram realizar a abordagem sindrômica após a coleta do citológico, prescrevendo apenas medicamentos protocolados e que estão disponíveis na farmácia da unidade, para o tratamento de corrimento vaginal e cervicite como: metronidazol, miconazol, fluconazol, azitromicina, ciprofloxacino e nistatina. Apenas um dos entrevistados, referiu dentre as medicações protocoladas, prescrever o colpistatin que não faz parte das medicações previstas no protocolo.

Alguns enfermeiros do estudo referiram encaminhar estas usuárias para o (a) médico (a) da UBSF ou para o serviço de referência que atende a UBSF para a avaliação de um especialista, como mostram as seguintes falas:

[...] Aí tem aqueles casos, como o HPV, a crista de galo, cancro mole, eu referencio, mas eu encontrei só o HPV. (Enf. 9).

As que apresentam alteração citológica, elas são encaminhadas pra referencia, pra avaliação ginecológica. (Enf. 10).

[...] Isso é uma exceção, se for uma alteração que precise de uma maior apropriada eu encaminho pra referência. (Enf. 29).

No entanto, alguns não prescrevem nenhum medicamento. Encaminham para o (a) médico (a) ou para um serviço de referência onde a usuária possa ser avaliada por um especialista em casos, onde o (a) enfermeiro (a) não possa adotar nenhuma conduta.

O protocolo dá autonomia ao enfermeiro para tratar e fornece toda uma recomendação com orientações e tratamento medicamentoso para corrimento vaginal e cervicite (BRASIL, 2016).

Dos enfermeiros que participaram do estudo, alguns referiram conhecer as mulheres que se encontram em situações especiais para coleta do exame citológico, como mostram as seguintes falas:

As gestantes, as mulheres que estão no climatério ou menopausa e as que fizeram histerectomia. (Enf. 1).

Sim. Sei que são as mulheres grávidas, com menopausa e as que fizeram a retirada do útero, também tem as com HIV, porque tem que fazer o exame com mais frequência. (Enf. 5).

Em condições especiais? Por exemplo, as gestantes, todas elas a gente faz a citologia, um dos exames preconizados para o primeiro trimestre, né? É, é as portadoras de alguma doença, tipo: HIV/AIDS, né? E todas as mulheres que tem vida sexual ativa, pra mim elas tão dentro do critério da coleta da citologia, certo? Tendo vida sexualmente ativa e dá primeira menstruação até a morte, eu acho que é critério pra entrar pelo programa de prevenção de câncer cérvico-uterino. (Enf. 26).

Segundo o protocolo, nas situações especiais estão as gestantes, que devem seguir as recomendações de rastreamento para a faixa etária, porém, quanto a realizar a coleta do material endocervical, não há consenso na literatura, haja vista que recomendam evitar e outras que discordam por não haver evidências de que esta coleta cause e/ou aumente o risco sobre a gestação.

Para Silveira et al (2009 apud SANTOS; LEÃO, 2011, p. 5) ,“ a prevalência de infecção pelo HPV em mulheres grávidas é relevante, mas similar àquela encontrada em mulheres não gestantes”.

No caso de Mulheres no climatério e pós-menopausa, deve-se seguir o rastreamento normalmente bem como, para as histerectomizadas, quando estas forem subtotal. No caso da total,

não realizar rastreamento, pois, consideram os achados desprezíveis. No entanto, se a histerectomia foi como forma de tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora, deve-se seguir o protocolo de controle de acordo com o caso. Dessa forma, quando lesão precursora, realizar o controle semestral até dois exames consecutivos normais e para câncer invasor, realizar o controle por cinco anos sendo nos dois primeiros anos, trimestral e nos três anos seguintes, semestral. Se normal, realizar anualmente (BRASIL, 2016).

Tanto as gestantes quanto as não gestantes aduzem o mesmo risco para o câncer de colo do útero. O que revela a importância mesmo neste ciclo gravídico, realizar o rastreamento apesar de que, algumas vezes, a junção apresenta-se exposta na ectocérvice, o que prescindiria a coleta endocervical. Porém, quando realizada com técnica adequada, a coleta da amostra endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação (INCA, 2011).

As mulheres imunossuprimidas – mulheres infectadas pelo vírus HIV, ou decorrente de transplante de órgãos sólidos, em tratamento de câncer e em uso crônico de corticosteroides - devem realizar o controle após o início da atividade sexual, no primeiro ano, com intervalos semestrais, e se normais os resultados, dar continuidade ao rastreamento anual. Em mulheres HIV soro positivas com CD4 inferior a 200 células/mm<sup>3</sup>, devem corrigir os níveis e realizar o rastreamento a cada seis meses. E para o grupo de mulheres sem história de atividade sexual, não há indicação para rastrear (BRASIL, 2016).

Outros enfermeiros do estudo referiram ou demonstraram desconhecer tais situações especiais, como nas falas a seguir:

Seriam as mulheres grávidas e com ressecamento? Se não forem essas as situações especiais não sei... (Enf. 4).

Não. (Enf. 11).

Mulheres em situações especiais... Tem tantas situações especiais (risos). Não sei se aí na terminologia do estudo, o que está pedindo é isso que estou querendo dizer... Mas, assim, mulheres pra gente em situações especiais são: mulheres albergadas, que às vezes chegam e querem, precisam fazer eminentemente; mulheres que sofrem violência do parceiro, que ele não deixava fazer um exame, a gente faz no dia que capta; uma mulher que chega com uma queixa no momento ouro. Chega aqui e diz que tem uma queixa disso, mas, não é dia de citológico... Mas, eu faço também. (Enf. 14).

Quanto às mulheres que se encontram em situações especiais para coleta do citológico, foi nítida dentre as respostas que a maioria dos entrevistados desconhece as situações. O que releva a

necessidade de capacitação dos profissionais. E dos que ratificaram conhecer, não citaram todos os casos que se encontram em situação especial.

### **Plano de Cuidados na prevenção do câncer de colo do útero**

No que diz respeito ao plano de cuidados na prevenção do colo do útero, as atribuições são designadas tanto aos enfermeiros e médicos, quanto à equipe multiprofissional. Esse plano envolve o agendamento da consulta de retorno, o encaminhamento para serviços de referência, o acompanhamento da usuária pós-exame, o estímulo às ações de prevenção primária, as ações de vigilância em saúde e educação em saúde (BRASIL, 2016). Considera-se que, ao definir atribuições entre profissionais do cuidado, há melhora na organização do processo de trabalho da equipe.

Nessa pesquisa alguns enfermeiros afirmaram terem autonomia para realizar a consulta de retorno, como revelam as falas a seguir:

Geralmente a consulta de retorno é feita com o médico, ou então, é... Como a gente recebe o resultado previamente, a gente avalia se for um exame mais simples, um resultado mais simples, dentro do protocolo do Ministério que a gente possa resolver, a enfermeira resolve também. (Enf. 18).

Sim. Depois que elas fazem o citológico, eu peço pra elas, quando elas tiverem com o resultado agendar a consulta, pra passar por mim ou pelo médico. (Enf. 20).

É enfermeiro e médico, depende da agenda; a leitura do exame, porque é tudo registrado no prontuário. Tudo o que foi visto no citológico, está registrado no prontuário médico; a questão macroscópica, o que foi visto. Então, independe de eu fazer a leitura do exame laboratorial ou do médico, que lá ele vai ter a mesma informação. Aí a gente vai ver, e se tiver alguma dúvida ele nos aciona; tem o registro do livro também, o aspecto do colo. Então, essa parte aí, fica a critério do médico e do enfermeiro mesmo. Depende da agenda do dia que ele vai apresentar. (Enf. 38).

Entretanto, outros enfermeiros, alegaram não realizar a consulta dessas usuárias que realizaram o citológico por pactuação com o (a) médico (a) da UBSF, como expressam as falas a seguir:

Não, o retorno é com a médica. Só na ausência que aí eu faço. Porque como tem o médico, então são divididos os atendimentos, eu não posso assumir toda essa saúde da mulher sozinha. Então se tem a médica na equipe, então é tudo dividido, pré-natal é dividido, citologia é dividido... É tudo dividido. (Enf. 8).

Aqui a gente institui da seguinte forma: ela colhe o citológico, quando o resultado chega a gente registra o resultado no livro próprio de citológicos e eu entrego todos os resultados pra médica. Aí a médica tem essa conduta de ter o registro já no prontuário e ela, geralmente quando tem alguma alteração ela já manda chamar a usuária, aí ela mesma faz essa consulta e prescrição. Se tiver alguma alteração que seja alguma citologia alterada vai encaminhar pra referência e se for necessário algum tratamento medicamentoso que ela possa prescrever, ela prescreve, mesmo assim ela já vê se tem instituído prescrição anterior. Então assim, geralmente quando o resultado chega vai pra médica, às vezes eu vejo algum, registro e entrego pra própria usuária. (Enf. 10).

Percebe-se que há um contraste quanto aos enfermeiros que realizam a consulta de retorno destas usuárias por terem autonomia para tal. E os que não realizam esta consulta por terem pactuado com o (a) médico (a) da unidade, mas, na ausência deste, o enfermeiro realiza a consulta.

Quanto à consulta de retorno das usuárias com o resultado do citológico normal ou anormal devem-se seguir as recomendações do protocolo em questão. Avaliar, seguir a rotina de rastreamento, tratar apenas em caso de queixa clínica de corrimento vaginal, orientar a repetir o exame ou encaminhar para colposcopia (BRASIL, 2016).

A respeito do encaminhamento das usuárias para serviços de referência, alguns dos entrevistados, disseram que realizam o encaminhamento das usuárias para colposcopia mediante indicação no resultado do citológico como mostram as falas a seguir:

O encaminhamento para colposcopia só pode ser feito após a entrega do resultado do citológico, e como é a médica quem analisa os resultados, geralmente, é ela quem faz o encaminhamento. (Enf. 5).

Sim. A gente só encaminha com o resultado do exame porque, aqui, a nossa referência para colposcopia só faz depois que chega o resultado do citológico. E geralmente, quando o resultado do citológico vem da secretaria, com um quadro de lesão intra epitelial, já vem com uma colposcopia agendada. (Enf. 13).

Quando o resultado, o resultado que a gente recebe do laboratório ele já sugere a colposcopia, entendeu? E quando ele não vem com essa sugestão, vejo o parâmetro que a gente segue né, e aí se for NIC II a gente pode pedir a colposcopia. (Enf. 33).

O encaminhamento da usuária para realização de colposcopia, como já citado anteriormente, geralmente já é entregue junto ao resultado do citológico onde foi constatada alguma alteração significativa como alguns enfermeiros afirmaram, pois, alguns serviços só aceitam o encaminhamento com a apresentação do resultado do citológico.

Entretanto, outros enfermeiros, referiram realizar encaminhamento dessas usuárias para colposcopia mediante a identificação de alterações visíveis durante a coleta do citológico como corroboram as falas a seguir:

Encaminho. Quando eu vejo que tem indicação eu encaminho. É quando a gente vê assim, eu vou usar um termo bem prático, uma ferida, quando tá muito hiperemiado, o colo tá a maior parte de ferida, encaminho. É porque aqui quando a gente faz o lugol, aí a gente dá mais condição da gente fazer o encaminhamento. Teve até uma médica que disse que não era necessário, mas quando eu tenho eu faço que me ajuda bastante. (Enf. 9).

Encaminho. Justamente quando ela tem uma lesão no colo do útero que eu identifique na hora do citológico ou se ela vem com alguma outra alteração no exame de citológico dela que, sugestione a coleta da colposcopia, o exame mais detalhado. (Enf. 12).

[...]. Porém, quando a gente identifica uma situação, visivelmente, que chama a atenção, a gente pede pra fazer esta avaliação criteriosa, mesmo assim. (Enf. 14).

Encaminho. Quando a gente vê que o colo tem [...] um schiller positivo e o iodo negativo, aí a gente a gente encaminha, né. Quando a gente vê que tem uma alteração no Teste de Schiller, aí a gente já encaminha [...]. (Enf. 17).

Outros enfermeiros informaram realizar encaminhamentos das usuárias para médicos, especialistas ou centros de referência, como expressadas nas falas a seguir:

Geralmente peço para a médica analisar os casos que eu acho necessário encaminhar. (Enf. 1).

Raramente, assim é pra gente encaminhar só que, eu tive até um caso aqui, perguntei a gerente aí eu encaminhei para o ginecologista. (Enf. 21).

Sim, é avaliado pelo médico, o médico vai avaliar, é um colo que não vai estar normal, sangrante, friável, vai depender muito das condições do colo, a colposcopia geralmente é com prescrição médica, é arcada aqui na unidade pra usuária fazer no centro de referência. (Enf. 23).

No entanto, alguns enfermeiros referiram não realizar encaminhamentos dessas usuárias para realização de colposcopia como mostram as falas a seguir:

Não. Normalmente, quando [...] agora, em Campina Grande, quando já dá uma alteração no exame, já vem com uma colposcopia já agendada. E a gente não, pode encaminhar pra colposcopia, tem que ser o médico. Aqui em Campina Grande, especificamente. (Enf. 15).

Não, só a Médica que pode, mas apesar de que, quando tem alguma alteração, no exame citológico essa marcação já vem essa solicitação já vem marcada da secretaria, da colposcopia. E se o exame, é, der normal, mas a gente identificar alguma alteração, quando chega o resultado a gente encaminha pra Ginecologista aqui, que ela dá uma olhadinha no prontuário, que a gente identificou, e ela solicita. Mais geralmente só quando realmente tem alguma alteração no exame. (Enf. 27).

Encaminho para o ginecologista, e lá eu sei que vai ser feito a colposcopia no ato da consulta, ou mesmo elas são encaminhadas pela médica, mas eu sempre procuro, olhe retorne quando for para o ginecologista, retorne aqui para mim para saber o que foi feito, sempre tenho essa preocupação. Alterações no colo uterino, ou ectopia, cervicite, essa



coisas são sugestivos de colposcopia, a médica pede, a médica aqui, não estou dizendo que eu encaminho agora por que eu chamo-a, ela olha e já solicita. (Enf. 32).

Alguns encaminham para o (a) médico (a) da unidade ou para outro especialista de um centro de referência da unidade. E, houve os que afirmaram não realizar o encaminhamento para realização de colposcopia.

O protocolo dá liberdade ao enfermeiro para realizar encaminhamentos seja para ginecologia/colposcopia ou para oncoginecologia, dos casos que necessitam de avaliação nos serviços de referência de acordo com os critérios acordados pela gestão municipal, estadual e/ou federal seguindo as recomendações dispostas para cada caso (BRASIL, 2016).

Para além do que determina o Protocolo quanto à autonomia do enfermeiro mediante a avaliação do resultado do citológico, é necessário refletir se com essa postura profissional, os enfermeiros quando deixam de atender, não estão deixando também, de garantir os atributos da APS, tais como a acessibilidade e a integralidade da assistência. Pesquisadores ressaltam que o diagnóstico tardio para o câncer de colo do útero está relacionado a vários fatores, dentre eles podemos citar: profissionais não capacitados na atenção oncológica, unidades de saúde que não estão aptas para receber a demanda dessas usuárias e ainda a inexistência de fluxos assistenciais que deveriam ser estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais nos diversos pontos da rede de atenção à saúde (MENDONÇA, 2008; INCA, 2006), fluxos esses que garantam “a linha de cuidado pensada de forma plena que atravessa inúmeros serviços de saúde”, ou seja, não há integralidade sem a transversalidade do sistema (CECÍLIO, MERHY, 2003).

Quanto à realização de ações educativas para com as usuárias no sentido de estimular as mesmas a realizarem os exames preventivos, alguns dos enfermeiros referiram realizar estas ações, por meio da sala de espera, em grupos ou por palestras, como se destacam nas falas seguintes:

Sim. Sempre que possível a equipe realiza educações em saúde por meio da sala de espera. (Enf. 1).

Geralmente fazemos um conjunto com o pessoal do NASF, com estudantes que vem estagiar e com nossa Assistente Social, então sempre tentamos realizar momentos na sala de espera ou convidamos as usuárias para uma palestra. (Enf. 5).

Toda a equipe faz um processo de educação em saúde permanente e, a busca para o exame; a vaga ela é espontânea, a gente não agenda mais para que a pessoa agende e falte, e tire a vaga de quem precisa. Mas, a procura é bem satisfatória. (Enf. 38).

Para Brischiliari et. al (2012, p. 1982), a educação em saúde deve acontecer independente da existência de fatores de risco, e a prevenção deve ser estimulada. Observa-se que é preciso dar

ênfase aos conhecimentos das usuárias e à diminuição dos fatores contribuintes para a não realização do exame de Papanicolau.

Os profissionais de enfermagem ao realizarem atividades educativas durante a consulta, na sala de espera e nos grupos, devem enfatizar os aspectos referentes à prevenção e ao controle do CCU e não apenas às queixas apresentadas pelas mulheres, e intensificar as medidas preventivas (GUIMARÃES, 2012).

Entretanto, alguns dos entrevistados, referiram não realizar ações e/ou atividades educativas como corroboram as próximas falas:

Não, porque, aí seria no planejamento familiar e como eu já disse a gente não consegue fazer o grupo [...]. (Enf. 8).

Não, a gente não faz. (Enf. 11).

Não, não tenho grupo não. (Enf. 37).

A abordagem do profissional nos processos educativos deveriam motivar atitudes participativas, evitando a redução da assistência para a lógica curativa e construindo modelos de integralidade e de humanização (BARBIANI, 2016).

Quanto à realização de ações e/ou atividades educativas visando estimular a assiduidade das mulheres da área às consultas e realização de exames preventivos percebe-se que, há uma minoria que não realiza nenhum tipo de ação e/ou atividade educativa com este propósito, alegando não conseguirem formar grupo.

Outros referiram realizar orientação individual, como mostram as falas a seguir:

A questão da atividade educativa tô prejudicada por estar só, mas a orientação eu faço durante todo o atendimento. Então eu tô atendendo uma mulher hipertensa que ela tem o útero e ela tá na faixa etária alvo, ou deseja fazer, eu oferto o serviço e oriento pra que ela quando quiser venha já preparada. Isso aí também eu faço durante a consulta, puericultura a mãe tá com a criança eu pergunto a ela “sua citologia tá atualizada?” e também é uma forma de educação individual que a gente sabe que é mais demorada, mas de qualquer forma eu tô vendo êxito porque eu tô tendo a oportunidade de tirar a duvida daquela mulher e fazer a abordagem mais de perto. (Enf. 7).

A orientação é individual, em cada consulta a orientação é dada. (Enf. 8).

Particularmente aqui a cada uma. Porque eu não gosto de fazer palestras. (Enf. 19).

Coletiva não, individualmente sim, coletiva não. (Enf. 32).



Como forma de educação em saúde, o protocolo, fala sobre a questão da orientação individual e coletiva acerca do exame e sua importância, abordando também, os fatores de risco como: o tabagismo, infecção por HPV e a idade. Outros temas a serem abordados na atividade educativa são: o sexo seguro, a periodicidade da realização dos exames e as orientações antecedentes à coleta do material do citológico (BRASIL, 2016).

Grande parcela dos entrevistados referiu realizar seja individualmente ou por meio da sala de espera, palestras e/ou grupos e em conjunto com outros membros da equipe. O que torna uma ação mais multidisciplinar.

No entanto, percebe-se que há profissionais que não realizam palestras o que, denota uma lacuna diante da importância de realizar educação em saúde, sendo esta, um dos meios de promoção à saúde.

A promoção da saúde tem por objetivo garantir aos indivíduos e todas as comunidades, igualdade de oportunidades e dispor de recursos além de, terem a oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde (CEZERESNI, 2003).

### **Facilidade e/ou dificuldades encontradas na implementação de ações de prevenção em Câncer de Colo do Útero**

Quanto à implementação de ações de prevenção do Câncer de Colo do Útero na Atenção Primária à Saúde, os enfermeiros apontaram muitas facilidades. Entre elas está a busca espontânea pelo exame e o vínculo com o serviço, como se observa nas seguintes falas:

Bom, aqui na minha unidade, especificamente eu não tenho dificuldade, eu tenho uma demanda assídua, que procura o serviço, independente da divulgação ou não. Ela procura o serviço [...]. E tenho uma demanda fiel [...]. (Enf. 26).

A facilidade é que elas têm um vínculo muito grande já, a maioria delas já tem um vínculo comigo, e aí muitas delas já se sentem à vontade por conta desse vínculo que já foi formado [...] elas já se sentem mais a vontade a realizar o exame. (Enf. 30).

As facilidades são praticamente as mesmas, nós temos uma estrutura boa. Temos uma sala que é só para citologia, nós temos o horário, que é dentro do agendamento. Tem o Médico, tem o Enfermeiro, tem os outros profissionais [...]. (Enf. 28).

Outros enfermeiros apontaram como facilidades a estrutura da unidade de saúde e a presença de insumos, que facilita a oferta da coleta para a população.

[...]. A disponibilidade de material não falta, aqui zona rural a gente tem menos pessoas, porque agora a gente trabalha por pessoa, menos pessoas, então o que eu recebo dá para fazer meus exames e não voltar ninguém por falta de material né, agora tem unidades por aí que falta material. (Enf. 32).

A facilidade é assim, eu nunca vou te dizer que deixei de fazer um citológico por falta de material, que nunca deixei de ter material, graças a Deus, isso sempre tive, é uma facilidade, assim a gente torna acessível, muito acessível para ela, no dia que ela chega com queixa a gente faz, eu abro o citológico dois dias na semana, então assim já aumenta o horário, tem umas eu a .... Eu só posso à tarde, então quando a gente estava funcionando à tarde, vinha à tarde, entendeu? A gente procura facilitar o acesso [...]. (Enf. 33).

Nós temos uma estrutura boa. Temos uma sala que é só para citologia. (Enf. 28).

Uma importante fala de um enfermeiro do estudo ressaltou a facilidade quanto à praticidade da coleta do exame citológico, por ser um exame simples que não requer tecnologias e por ser realizado frequentemente, como relatado abaixo:

A facilidade é que é um exame bastante fácil, não existe praticamente nenhuma tecnologia [...]. (Enf. 22).

A facilidade de realização da técnica de coleta do citológico relatada pelo enfermeiro é um aspecto importante na abordagem ao câncer de colo do útero, visto que, segundo Nascimento et al (2015), a presença de profissionais da atenção básica treinados para o diagnóstico precoce das lesões precursoras do CCU potencializa muito o tratamento e aumentando as chances de sucesso no combate a esse tipo de câncer.

Entre as dificuldades apontadas pelos enfermeiros na implementação de ações de prevenção do Câncer de Colo do Útero, muitas estão relacionadas às ações da equipe que envolve outros serviços da rede assistencial, como é o caso da demora na marcação e no retorno dos resultados dos exames dificultando o estabelecimento de uma intervenção coerente com o resultado. Esses aspectos podem ser identificados nas falas a seguir.

Esses resultados desses exames, que tem que vir e tem que chegar a tempo hábil, porque se não perde a credibilidade. Ninguém vai querer ficar com um resultado que demorou cinquenta anos pra chegar! Eu mesma não faria isso. E também, não faria num lugar onde eu não recebesse o resultado. Então, tem que chegar esses exames pra poder dar credibilidade àquilo que a gente faz. Não adianta eu fazer uma boa consulta e o resultado do exame não vier. Aí “quebra” tudo. (Enf. 14).

A dificuldade é justamente, alguns exames que a gente demora demais a receber. Aí, pra tomar uma conduta... Você me perguntou; uma mulher com um sangramento uterino, você pede uma ultrassom endovaginal de uma mulher que passa 4,5, 6 meses pra poder fazer.

Aí assim, desqualifica muito o serviço e atrapalha a vida da mulher. Como é que vai fechar o diagnóstico? Às vezes depende do exame; não tem como fazer. E o citológico, às vezes demora a chegar o resultado. Porque não tem necessidade de demorar três meses; um mês tudo bem, mas três meses, um negócio que é feito aqui em Campina mesmo. (Enf. 36).

[...] com relação a realizar a ultrassonografia, exames mais especializados, a endovaginal demora a marcação, então pra diagnóstico de algumas coisas que é necessário fazer um exame elas podem passar aí um ano com uma ultrassom esperando, ou meses e meses, algumas precisam de um exame de mama também demora a marcar. Então a referência às vezes pra exames é demorada, mamografia nem tanto, mas ultrassom é demorado [...]. (Enf. 10).

Os problemas relacionados à resolutividade da rede de serviços que interferem na qualidade da atenção tais como, a ausência de instrumentos comunicacionais entre níveis, desorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, geram desconfiança do usuário com o serviço e ainda prejudica a coordenação do cuidado, atributo essencial à Estratégia Saúde da Família, porta prioritária do sistema de saúde (ALMEIDA et al, 2013).

Um estudo realizado sobre a gestão do cuidado no Sul da Bahia revelou que a não instituição de prontuários eletrônicos nas USF e centros de especialidades, a ausência de interseção entre os diversos pontos da rede e uso limitado de protocolos clínicos dificultam o contato entre generalistas e especialistas, ficando a comunicação à cargo do próprio usuário. (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

A baixa adesão das usuárias ao exame e falta de busca ativa, foram ressaltadas por outros enfermeiros como dificuldades encontradas nesse processo, como mostram as seguintes falas:

A única dificuldade, que eu acho que é a milenar (risos) é a não adesão das mulheres. Muitas vezes a gente pega uma mulher com mais de 10 anos, que não veio fazer o citológico [...]. Assim... Mas, a maior dificuldade é isso... É a cultura mesmo que elas ainda não [...], sentem muito ainda, o tabu, com relação ao citológico. (Enf. 15).

Ainda existe o medo de vir realizar o exame, da vergonha, então isso é uma coisa que ainda existem muitas pessoas não procura o serviço, isso ainda é uma barreira pra gente, como enfermeiro procuramos orientar essas pessoas e aí geralmente quando ela não quer fazer na unidade porque aí está vendo aquele profissional [...]. (Enf. 24).

Fazer busca ativa, por causa da falta de ACS, também é difícil fazer grupo, porque a despesa extra vai toda para a equipe, a falta da medicação e o atraso no recebimento dos exames. (Enf. 3).

Dificuldade por falta de atualização, treinamento do profissional, também foi elencado como na seguinte fala:

Eu acho que a gente deveria estar mais atualizada, porque como eu estava dizendo a gente não teve treinamento há muito tempo como a medicina todo dia cresce a ciência a gente vai ficando para trás, eu acho que deve ter coisa que a gente nem sabe e a gente deixa de atuar. (Enf. 11).

Ressaltam Dignes & Pires, (1997 apud SEMENTILLE; QUEIROZ, 2013, p. 116) a importância do preparo do enfermeiro na orientação e oferecimento de cuidados específicos às pacientes com câncer de colo do útero. Isto demanda a necessidade do conhecimento dos últimos avanços na área do tratamento, independentemente da estrutura na qual está inserido.

A falta de atualização dos profissionais além de ser uma queixa, é algo necessário uma vez que, dia a dia há novos casos, novas práticas, novos medicamentos. O que requer aprimoramento para realização de suas práticas.

O fato do Protocolo não ser um guia de bolso, para facilitar as consultas dos enfermeiros, foi visto como uma dificuldade, como demonstra a seguinte fala:

Eu acho assim, que o protocolo é muito bom. Ele norteia! Mas uma das dificuldades é a gente não tê-lo como guia de bolso, né, aqui próximo à gente [...]. (Enf. 17).

O protocolo como guia de bolso, seria uma forma de tornar mais rápida as consultas - por ser formulado para uma leitura mais prática, diante da demanda dos usuários para atendimento e o tempo dedicado pelo profissional para realizar cada consulta de forma integral.

Quanto ao protocolo não ser voltado apenas para as ações dos enfermeiros, foi um fator dito, como dificuldade pelo fato de, por exemplo, diante do tempo da consulta ter que se atentar para não realizar o que não for de sua competência como mostra a seguinte fala:

Outra coisa também, ele também deixa muito aberto pra enfermagem, né, um protocolo pra câncer de colo de útero, né. Mas não é um protocolo de enfermeiro. Então assim, a gente tem que ter muito cuidado ao avaliar um protocolo desses pra não tá fazendo o que não é do enfermeiro, né [...]. (Enf. 17).

Apesar de ter sido apontado por um enfermeiro entrevistado como dificuldade o protocolo não ser específico do enfermeiro, considera-se que o protocolo em estudo é bastante claro no sentido de distinguir as atribuições dos profissionais de saúde, e ainda o referido protocolo não traz diferenças entre as atribuições de médicos e enfermeiros.

A ausência/falta de profissionais da unidade, foi relatado como uma dificuldade, como na seguinte fala, por um dos enfermeiros entrevistados:

[...] é mais por falta, agora né? No momento, do profissional médico, mas tem coisa que o enfermeiro pode resolver. A gente não dizer que a gente não pode não pode fazer, a gente pode fazer sim, agora tudo que tiver dentro do protocolo, né? (Enf. 20).

Dificuldades quanto à falta de estrutura física, insumos e/ou materiais também foram relatadas nas seguintes falas, como dificuldade encontrada no serviço de saúde:

As dificuldades que mais enfrento é com relação a falta de algum material, equipamento ou alguma coisa que eu preciso utilizar, já teve problema com relação a essa maca aqui. Às vezes falta o lugol e eu não fazer o Schiller a gente sabe que é um exame que não é tão específico, mas que poderia me ajudar. A gente também não dispõe às vezes de ou algum material que falta ou medicamentoso até, falta de alguma pomada vaginal que você queira utilizar, falta algum medicamento de uso oral que eu poderia utilizar, mas eu não tenho. Então são mais com relação à manutenção desses medicamentos, materiais, equipamentos. (Enf. 10).

Dificuldade, é que falta material. Geralmente, a gente passou até um período, acho que bem um mês, sem fazer coleta porque não tinha pinça, não tinha espéculo... Não tinha! Hoje em dia, eu tenho ainda um restinho ali, mas, já está acabando o material. Então, a maior dificuldade [...]. (Enf. 13).

E a dificuldade é mais na regularidade do material. Às vezes falta pinça, às vezes falta escovinha. Ano passado passei três meses sem fazer pela falta de material. Às vezes o foco quebra, demora um pouco também. Esse ano tá até melhor, a gente só não tá com material pra fazer o teste de Schiller. É mais na questão de manter esses insumos. São todas essas que eu falei. (Enf. 28).

O estudo de Paiva et al., (2017), ao analisar revisão integrativa sobre o papel do enfermeiro na prevenção do câncer de colo do útero, várias dificuldades foram encontradas por esse profissional, tais como o tempo excessivo pelo excesso de trabalho; pouca disponibilidade de materiais e insumos para a realização do exame; a demora na devolução dos resultados para a unidade de saúde e a, infraestrutura precária das Unidades de Saúde. Outras dificuldades são relacionadas à própria mulher mediante seu sentimento de medo e vergonha em realizar o exame e preconceito dos companheiros.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando o objetivo deste estudo constatou-se que a maioria dos profissionais entrevistados faz uso do protocolo de prevenção do câncer de colo do útero como forma de subsidiar e nortear suas condutas relacionadas à prevenção e detecção precoce de câncer do colo uterino e da mama.

O olhar sobre cada dimensão do protocolo evidenciou detalhes importantes que podem implicar na melhora da qualidade da atenção à saúde da mulher. No Acolhimento com escuta

qualificada observou-se que o enfermeiro realiza o acolhimento limitado à queixa da mulher motivada por demanda espontânea.

Na Avaliação global da mulher observou-se que o enfermeiro realiza consulta de forma integral à mulher não se restringindo à simples coleta do exame citológico. Em relação à intervenção dos enfermeiros em casos de alterações presentes no exame citológico, já realizam a abordagem sindrômica - dependendo do tipo de alteração - mas, realizam após a coleta. Outros ratificam que só tomam alguma atitude quando com o resultado em mãos para quem sabe, contrastar o observado macroscopicamente do microscopicamente e estabelecer a melhor conduta para a usuária.

No Plano de cuidados na prevenção do câncer de colo do útero, todos os enfermeiros informam ter autonomia para a realização do exame, no entanto, nem todos realizam avaliação do resultado desse exame. O encaminhamento das usuárias para os serviços de referência acontece, mas não há contrarreferência do serviço. Também, observou-se ainda que, há necessidade de uma avaliação um pouco mais “acurada” e para isto, preferem avaliar em conjunto com o (a) médico (a) da unidade ou solicitar a avaliação de um especialista ou encaminham já para realizarem a colposcopia que na maioria dos casos, quando há lesões, junto com o resultado já vem anexado o encaminhamento da usuária para realizar esta colposcopia.

Na dimensão Facilidades e dificuldades nas ações de prevenção do câncer de colo do útero, observou-se que há facilidades quanto à busca espontânea e o vínculo, a estrutura física e presença de insumos e domínio da competência/habilidade de realizar o exame. Como dificuldades apontadas, muitas estão relacionadas às ações da equipe que envolve outros serviços da rede assistencial, como é o caso da demora na marcação e no retorno dos resultados dos exames, levando a pouca credibilidade do serviço. O estudo mostrou que torna-se necessário que os profissionais da enfermagem junto à equipe ou não, realizem a busca ativa das mulheres que nunca realizaram ou que há mais de três anos não realizam o exame citológico, como também, realizem ações educativas a fim de mostrar-lhes que se trata de um simples exame, porém de grande importância.

Conclui-se que os enfermeiros, em sua maioria segue o previsto no protocolo de Saúde das Mulheres em relação à prevenção do câncer de colo do útero, no entanto, algumas lacunas precisam ser revistas com vista à oferta de uma consulta integral e qualificação da Atenção à saúde das mulheres.

**ABSTRACT**

This is a case study, exploratory of qualitative analysis, aiming to analyze the use of the protocols of women's health by nurses in Primary Health Care, in the screening of cervical cancer. The Family Health Strategy was the scenario and the participants were nurses from the Basic Health Units. The semi-structured interview was used as data collection technique. Data were analyzed by Content Analysis of the thematic categorical type. The results are organized in four dimensions. In the Reception with qualified listening it was observed that the nurse performs the limited reception to the woman's complaint motivated by spontaneous demand. In the global assessment of women, it was observed that the nurse performs full consultation of the woman. In the Nursing Plan, nurses report having autonomy to perform the exam, but not all evaluate the results of this examination. The facilities and difficulties in using the protocol in cervical cancer prevention actions revealed as facilities the spontaneous search and the link, the physical structure and the presence of inputs and the competence / ability to perform the exam. As difficulties were pointed out: delay in the marking of exams and receipt of the results leading to the low credibility of the service. It is concluded that nurses, most of them follow the provisions of the Women's Health Protocol regarding the prevention of cervical cancer, however, some gaps need to be revised in order to offer a comprehensive consultation and qualification of care women's health.

**Key words:** Primary Health Care. Women's Health. Cancer of the cervix.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, P.F; GÉRVAS, J; FREIRE, J; GIOVANELLA, L. **Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n.98, p.400-415,2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a04v37n98.pdf>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2017.
- BARBIANI, R; NORA, C. R. D; SCHAEFER, R. **Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review.** Rev. Latino-Am. Enfermagem.; v. 24:e2721, 2016. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02721.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02721.pdf)>. Acesso em 07 de novembro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Oncológica. **Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439\\_08\\_12\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html). Acesso em: 06 de Outubro de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes.** Brasília-DF, 2004. Disponível em: < [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Acesso em: 06 de outubro de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rastreamento/** Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 29).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica: **Estratégia Saúde da Família.** Brasília - DF, 2012. Disponível em:< [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)>. Acesso em: 16 de outubro de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rede Cegonha.** Brasília – DF, 2012. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_redecegonha.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php)>. Acesso em: 07 de outubro de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais sobre Saúde da Mulher.** Portal da Saúde. Brasília - DF, 2013. Disponível em:< <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher>>. Acesso em: 05 de outubro de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).



BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Do sanitário à municipalização**. Brasília – DF, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: 13 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**/ Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa - Brasília: Ministério da Saúde. Brasília - DF, 2016. 230 P.: il.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2016. Disponível em: [www.dados.gov.br/dataset/cnes](http://www.dados.gov.br/dataset/cnes). Acesso em: 25 de fevereiro de 2017.

BRISCHILIARI, S.C.R. et al. - **Papanicolau na pós menopausa: fatores associados a sua não realização**. - Cad Saúde Pública 28.10, p. 1976-1984, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012001000015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000015)>. Acesso em: 06 de novembro de 2017.

CARRET, M.L.V. et al. **Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco**. Rev Saúde Pública; v. 38, n. 1, p.76-84, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18455.pdf>. Acesso em: 07 de novembro de 2017.

CECILIO, L.C.O. **A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.545-55, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>. Acesso em: 02 de dezembro de 2017.

CEZERESNI, D; FREITAS C. M, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA. **PROTOCOLO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DA PARAÍBA**. 2. Ed. – COREN-PB - João Pessoa – PB: COREN-PB, p. 319, 2015.

DANTAS, N. C; ENDERS, B. C; SALVADOR, P.T.C.O. **EXPERIÊNCIA DA ENFERMEIRA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO**. Revista Baiana de Saúde Pública. v.35, n.3, p.646-660 jul./set. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n3/a2642.pdf>. Acesso em: 08 de novembro de 2017.

DIEGUES, S.R. S; PIRES, A.M.T. **A atuação do enfermeiro em radioterapia**. Revista Brasileira de Cancerologia. V. 43, n. 4, p.251-255, 1997.

FERREIRA, M.L.S.M. **MOTIVOS QUE INFLUENCIAM A NÃO-REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU SEGUNDO A PERCEPÇÃO DE MULHERES**. Esc Anna Nery Rev Enferm.; v. 13, n. 2, p. 378-384, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a20.pdf>>. Acesso em: 09 de novembro de 2017.

GUIMARÃES, J.A.F. et al. **Pesquisa Brasileira sobre Prevenção do Câncer de Colo Uterino: Uma Revisão Integrativa.** Rev Rene, v.13, n.1, p. 220-230, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027980023.pdf>. Acesso em: 03 de novembro de 2017.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População estimada 2016: Campina Grande - Paraíba.** Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250400>>. Acesso em: 27 de Dezembro de 2016.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: recomendações para profissionais de saúde.** J Bras Patol Med Lab. v.42, n.5, p.351-373, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v42n5/a08v42n5.pdf>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2017.

INCA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero/**Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do útero.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes.PDF>>. Acesso em: 14 de outubro de 2016.

INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015. 122 p.: il.

INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9000f2004b39c00db985bf66c974cd7f/Diretriz+s+Brasileiras+2016\\_vers%C3%A3o+Consulta+P%C3%ABblica.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9000f2004b39c00db985bf66c974cd7f](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9000f2004b39c00db985bf66c974cd7f/Diretriz+s+Brasileiras+2016_vers%C3%A3o+Consulta+P%C3%ABblica.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9000f2004b39c00db985bf66c974cd7f)>. Acesso em: 22 de janeiro de 2017.

INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil, 1996). Ministério da Saúde. **Controle do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoce)>. Acesso em: 22 de janeiro de 2017.

INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil, 1996). Ministério da Saúde. **Fatores de Risco.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/fatores\\_risco](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/fatores_risco)>. Acesso em: 08 de janeiro de 2017.

INCA, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil, 1996). Ministério da Saúde. **HISTÓRICO DAS AÇÕES.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:

[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/historico\\_acoes](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/historico_acoes). Acesso em: 03 de Março de 2017.

LIMA, M.A.D.S; RAMOS, D.D; ROSA, R.B; NAUDERER, T.M, DAVIS, R. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários**. Acta Paul Enferm., v. 20, n. 1, p.12-17, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a03v20n1.pdf>. Acesso em: 02 de dezembro de 2017.

MARTINIANO, C.S. et al. **Medication prescription by nurses and the case of the Brazil: what can we learn from international research?** Int J Nurs Stud. v.51, n. 8, p. 1071-3, 2014. Disponível em: <https://eprints.soton.ac.uk/365915/1/Medication%2520prescription%2520by%2520nurses%2520author%2520Martiniano.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2017.

MARTINIANO, C.S. et al. **Legalização da Prescrição de Medicamentos pelo enfermeiro no brasil: história, tendências e desafios**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jul-Set; v. 24, n.3, p. 809-817. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-24-03-00809.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00809.pdf). Acesso em: 12 de novembro de 2017.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. **Atenção Primária à Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro- RJ, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html#topo>>. Acesso em: 13 de Outubro de 2016.

MELO, M.C.S.C. et al. **O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do útero: o Cotidiano da Atenção Primária**. Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro, v. 58, n 3, p. 389-398, 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-24006>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2017.

MENDONÇA, F.A.C. et al. **PREVENÇÃO DO CÂNCER DE DOLO UTERINO: ADEÇÃO DE ENFERMEIROS E USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**. Rev Rene, Fortaleza, 2011 abr/jun; v.12, n. 2, p. 261-270. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2\\_pdf/a06v12n2.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a06v12n2.pdf)>. Acesso em: 09 de novembro de 2017.

MENDONÇA, V.G et al. **Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco**. Rev Bras Ginecol Obstet.; v. 30, n.5, p. 248-255, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n5/a07v30n5.pdf>. Acesso em: 02 de dezembro de 2017.

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L. C. M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>. Acesso em: 02 de dezembro de 2017.

MOHERDAUI, F. **Abordagem sindrômica das doenças sexualmente transmissíveis.** Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. V. 12, n. 4, p. 40-49, 2000.

NASCIMENTO, G. W. C. et al. **Cobertura do exame citopatológico do colo do útero no Estado de Minas Gerais, Brasil, no período entre 2000-2010: um estudo a partir dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO).** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 253-260, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n3/1414-462X-cadsc-23-3-253.pdf>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2017.

PAIVA, A.R.O. **O ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: REVISÃO INTEGRATIVA.** Revista UNINGÁ. V.52, n.1, p.162-165 (Abr- Jun 2017). Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170504\\_221936.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170504_221936.pdf). Acesso em: 09 de novembro de 2017.

PIMENTA, C.A.M. et al. **Guia de Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem.** São Paulo, 2012-2014. Disponível em: <<http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>>. Acesso em: 07 de outubro de 2016.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero. Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher.** Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/cancercolo.pdf>>. Acesso em: 07 de outubro de 2016.

QUADROS C.A.T; VICTORA C.G; DIAS DA COSTA, J.S. **Cobertura e foco de um programa de prevenção do câncer cervical no sul do Brasil.** Rev Panam Salud Publica, v.16, p. 223-232, 2004. Disponível em: [https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892004001000001](https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004001000001). Acesso em: 02 de dezembro de 2017.

ROMERO, N. **Resenã histórica de la citopatología y los orígenes del Papanicolau.** An Facultad Medicina San Marcos. V. 62, n. 4, 2001. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/379/37962408.pdf>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2017.

ROSSO, C. F.W. et al. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás.** Goiânia-GO, 2014. Disponível em: <<http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2015/02/Protocolo-de-Enfermagem-2015.pdf>>. Acesso em: 13 de outubro de 2016.

SANTOS, A.; **Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Florianópolis, 2010. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05\\_08\\_2011\\_9.34.09.68795919f7565362b22d5dadfadfe38.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.34.09.68795919f7565362b22d5dadfadfe38.pdf)>. Acesso em: 13 de outubro de 2016.

SANTOS, L. A.; LEÃO, G. M. **Percepção da cliente gestante sobre o exame preventivo de câncer cérvico-uterino.** 2011. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I42519.E10.T5828.D6AP.pdf>. Acesso em: 28 de novembro de 2017.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. **Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.32, n.3, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000300708&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300708&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 02 de dezembro de 2017.

SEMENTILLE, E.C; QUEIROZ, F.C. **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE DA MULHER: PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.** v.17 , n.1, p. 109 – 120, 2013. Disponível em: <  
<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensaioeciencia/article/viewFile/1304/3112>>. Acesso em: 08 de novembro de 2017.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T. di G.; **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro - RJ, 2004.

SOUZA, I. E. O. **O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária.** Revista Brasileira de Cancerologia; v. 58, n. 3, p. 389-398, 2012. Disponível em: <  
[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v03/pdf/08\\_artigo\\_enfermeiro\\_prevencao\\_cancer\\_colo\\_uterocotidiano\\_atencao\\_primaria.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/08_artigo_enfermeiro_prevencao_cancer_colo_uterocotidiano_atencao_primaria.pdf)>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2017.

YIN, Robert K. **ESTUDO DE CASO: Planejamento e Métodos/** Robert k. Yin; trad. Daniel Grassi – 2.Ed. – Porto Alegre: Bookman, 2001. Disponível em: [http://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia\\_da\\_pesquisa\\_estudo\\_de\\_caso\\_yin.pdf](http://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf)>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2017.

ZAMPIER, V. S. B. **Abordagem das DST: Consulta de Enfermagem em Pré-Natal Estratégia Saúde da Família Juiz de Fora.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.

## APÊNDICE

<b>Caracterização dos sujeitos da amostra</b>
<p>1. Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>2. Idade: .....</p> <p>3. Estado Civil:</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">União estável <input type="checkbox"/> Outras: .....</p> <p>4. Renda média .....</p> <p>5. Tempo de atuação na UBSF .....</p> <p>6. Natureza da instituição formadora: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada</p> <p>7. Tempo de formação: ..... Citar instituição formadora: .....</p> <p>8. Pós graduação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual: .....</p> <p>9. Tipo de Vínculo: <input type="checkbox"/> concursado <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> prestador de serviço</p>
<b>Prevenção do câncer do colo do útero</b>
<p>1. Durante a consulta da usuária que irá se submeter ao exame citológico, quais os aspectos abordados pelo senhor (a) na consulta de enfermagem?</p> <p>2. O senhor (a) realiza a coleta do citológico? Se durante a coleta o senhor (a) encontrar alterações, qual a sua conduta?</p> <p>3. O senhor realiza a consulta de retorno das usuárias que realizaram exame citológico? Se a resposta for sim, fazer pergunta subsequente, se não por quê?</p> <p>4. O senhor prescreve medicamentos para usuárias que apresentam alterações no exame citológico? Se sim, quais medicamentos e para quais situações?</p> <p>5. O senhor (a) encaminha as usuárias para realização de colposcopia? Se sim, em quais situações? Se não por quê?</p> <p>6. O senhor poderia citar as mulheres que se encontram em situações especiais para coleta do exame citológico?</p> <p>7. O senhor (a) realiza ações/atividades educativas para com as usuárias, no sentido de estimular a realizarem exames preventivos. Se sim, como o senhor realiza?</p> <p>8. Na consulta de enfermagem, solicita exames de rotina e complementares? Se sim, quais?</p> <p>9. O Senhor (a) poderia relatar facilidades e/ou dificuldades na implementação de ações de prevenção ao câncer do Colo do útero no serviço de APS? Se ela falar de um modo geral, perguntar: E as ações específicas do enfermeiro?</p>



## ANEXOS

### ANEXO 1. Termo de autorização para gravação de voz

Eu, \_\_\_\_\_, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada: **O CONHECIMENTO E A UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SAÚDE DA MULHER POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores: Cláudia Santos Martiniano Sousa, a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** Foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art.5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988;
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora coordenadora da pesquisa (Cláudia Santos Martiniano Sousa), e após esse período, serão destruídos e;
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N.º. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde /Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

---

**Assinatura e carimbo do pesquisador responsável**

**Campina Grande, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**

---

**Assinatura do participante da pesquisa**

## ANEXO 2. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba

<b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB / PRÓ- REITORIA DE PÓS-</b>		
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b> O CONHECIMENTO E A UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SAÚDE DA MULHER POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.		
<b>Pesquisador:</b> Claudia Santos Martiniano Sousa		
<b>Área Temática:</b>		
<b>Versão:</b> 1		
<b>CAAE:</b> 63278216.3.0000.5187		
<b>Instituição Proponente:</b> Universidade Estadual da Paraíba - UEPB		
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 1.881.700		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
<p>A atuação do profissional de enfermagem é de fundamental importância para a dinâmica efetiva do sistema de saúde local, através das práticas exercidas na Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido, o uso de protocolos se faz necessário para orientação e desenvolvimento das habilidades do enfermeiro, garantindo-lhe suporte legal. Trata-se de um estudo de caso, exploratório de abordagem qualitativa, tendo por objetivo analisar o conhecimento e a utilização pelos enfermeiros dos protocolos de saúde da mulher disponibilizados pelo Ministério da Saúde, tendo como contexto de análise a atenção básica, no município de Campina Grande - PB. A coleta de dados será realizada através de entrevista que será aplicada aos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Campina Grande. Para análise dos dados será utilizada a Análise de Conteúdo do tipo categorial temática. Sendo assim, esta pesquisa revelará o conhecimento e a utilização do protocolo de saúde da mulher pelos enfermeiros. Tal conhecimento poderá contribuir para a melhoria na qualidade do atendimento oferecido por esse profissional no âmbito da Estratégia saúde da Família.</p>		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>		
Analisar o conhecimento e uso dos protocolos de saúde da mulher por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.		
<b>Endereço:</b> Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário <b>Bairro:</b> Bodocongó <b>CEP:</b> 58.109-763 <b>UF:</b> PB <b>Município:</b> CAMPINA GRANDE <b>Telefone:</b> (83)3315-3373 <b>Fax:</b> (83)3315-3373 <b>E-mail:</b> cep@uepb.edu.br		



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - UEPB / PRÓ-  
REITORIA DE PÓS-**



Continuação do Parecer: 1.861.700

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos participantes da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A presente proposta de estudo é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais da área de saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Ao analisar os documentos necessários para a integração do protocolo científico, encontramos todos os documentos necessários e obrigatórios. Estando tais documentos em harmonia com as exigências preconizadas pela Resolução 466/12/CNS/MS.

**Recomendações:**

Os tópicos do projeto encontram-se bem articulados, havendo toda uma harmonia entre eles.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atende as exigências protocolares. Diante do exposto, somos pela aprovação. Salvo melhor juízo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_845886.pdf	19/12/2016 22:02:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAlassinado061.pdf	19/12/2016 22:01:40	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoprotocolos.docx	19/12/2016 22:00:37	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	ANEXOSProjetoprotocolo.docx	19/12/2016 21:44:37	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - UEPB / PRÓ-  
REITORIA DE PÓS-



Continuação do Parecer: 1.651.700

Justificativa de Ausência	ANEXOSProjetoprotocolo.docx	19/12/2016 21:44:37	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada062.pdf	19/12/2016 21:35:43	Claudia Santos Martiniano Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 26 de Dezembro de 2016

---

Assinado por:  
Marconi do Ó Catão  
(Coordenador)

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
Bairro: Bodocongó CEP: 58.100-753  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

### **ANEXO 3.** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“O CONHECIMENTO E A UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SAÚDE DA MULHER POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**;

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **“O CONHECIMENTO E A UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SAÚDE DA MULHER POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”** terá como objetivo geral **analisar o uso dos protocolos de saúde da mulher por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.**

Ao voluntário só caberá a autorização para **realização de questionário** e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9 9971 8343 com Cláudia Santos Martiniano Sousa.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa

**ANEXO 4.** Termo de Compromisso do pesquisador responsável em cumprir os termos da resolução 466/12 do CNS/MS

**Pesquisa: O CONHECIMENTO E A UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SAÚDE DA MULHER POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Eu, Cláudia Santos Martiniano Sousa Professora do Curso de enfermagem, da Universidade Estadual da Paraíba portador (a) do RG 1382422 e CPF 518.199.614-00 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

**Campina grande, 2016**

.....  
**Assinatura do (a) Pesquisador responsável Orientador (a)**