

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LOURIVAL GOMES DA SILVA JÚNIOR

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA CONSULTA GINECOLÓGICA REALIZADA
POR ENFERMEIRAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

PICOS

2013

LOURIVAL GOMES DA SILVA JÚNIOR

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA CONSULTA GINECOLÓGICA REALIZADA
POR ENFERMEIRAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

PICOS

2013

LOURIVAL GOMES DA SILVA JÚNIOR

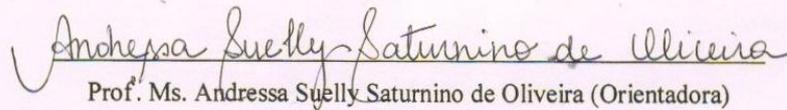
**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA CONSULTA GINECOLÓGICA REALIZADA
POR ENFERMEIRAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

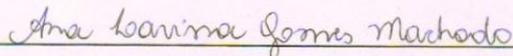
Aprovado em: 10 / 09 / 13

BANCA EXAMINADORA



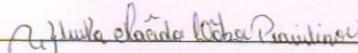
Prof. Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira (Orientadora)

Universidade Federal do Piauí - UFPI



Prof. Ms. Ana Larissa Gomes Machado (1º membro efetivo)

Universidade Federal do Piauí - UFPI



Prof. Esp. Yluska Macedo Lôbo Piauilino (2º membro efetivo)

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Prof. Ms. Ana Izabel Oliveira Nicolau (Membro suplente)

Faculdade Estácio FIC - Fortaleza

Andressa e Lourival, por toda dedicação, carinho, por cada gota de suor derramado e por cada sorriso carregado de orgulho, a nós depositado. Amo vocês!

Eu, **Lourival Gomes da Silva Júnior**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 25 de setembro de 2013.

Lourival Gomes da Silva Júnior

Assinatura

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

S586a Silva Júnior, Lourival Gomes da.
Avaliação da qualidade da consulta ginecológica realizada por enfermeiras na estratégia saúde da família / Lourival Gomes da Silva Júnior. – 2013.
CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (64 p.)
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2013.

Orientador(A): Prof. Msc. Andressa Suelly S. de Oliveira

1. Enfermagem. 2. Esfregaço Vaginal. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. I. Título

CDD 618.1

Aos meus pais, Inácia e Lourival, por toda dedicação, carinho, por cada gota de suor derramado e por cada sorriso, carregado de orgulho, a mim depositado. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, provedor de todas as bênçãos, por estar sempre iluminando as pessoas que tanto amo. Vivendo seus ensinamentos aprendi que: “Quando se é cristão não se para de lutar...”.

Ao meu grande pai, “Seu Louro”, razão do meu orgulho e minha fortaleza, pelos grandes ensinamentos e por suas renúncias em prol de minha educação. Sou seu fã nº 1!

À minha mãe, Inácia, que sempre batalhou pelo meu sucesso, por cada gesto de carinho, por se preocupar com meu bem estar e por todos os conselhos dados.

À irmã-amiga, Lorena, por toda serenidade e paciência comigo, por cada mensagem de apoio. Você também é um exemplo pra mim!

À minha orientadora, Prof^a Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira, a quem agradeço pela paciência e sensibilidade com que conduziu este trabalho.

À Prof^a Ms. Ana Izabel Oliveira Nicolau, por sua dedicação ao ensino, por ter acreditado em mim e por se revelar uma mestre no sentido amplo da palavra. Agradeço pelos incentivos desde meus primeiros contatos com a graduação.

Ao meu irmão, Laércio, e minha cunhada, Josânia, pelo incentivo e apoio na luta pelo meu grande sonho. Nunca vou esquecer o que fizeram por mim, e de coração sempre serei grato por tudo.

À grande amiga que Deus me deu, Rebeca Falcão, que sempre me escutou e me acolheu nos momentos em que mais precisei, me aconselhando e torcendo pela minha felicidade. Nada que eu diga será suficiente para expressar a grandeza dessa amizade!

Aos amigos irmãos, Fábio e Kaio, por todo o apoio, pela parceria em todos os momentos. A amizade de vocês me fortalece a cada dia.

Às Prof^{as} Ms. Ana Larissa Gomes Machado e Ms. Yluska Macedo Lôbo Piauilino, escolhidas a dedo para serem minha banca. Vocês são exemplos como pessoa e profissional, que transmitem, a seu modo, paz e alegria por onde andam. Agradeço por todo o conhecimento a mim transmitido, por sempre estarem disponíveis para me ajudar. Muito obrigado!

A todos os meus familiares, por sempre torcerem pelo meu sucesso. Sem o apoio de vocês, teria sido muito difícil para mim!

À enfermeira Kéllya Barros, por sua amizade e auxílio no contato com as enfermeiras da Estratégia Saúde da Família, o que me possibilitou agilidade na coleta.

Às enfermeiras da Estratégia Saúde da Família do município de Picos, pelo acolhimento e apoio no desenvolvimento da pesquisa.

De modo especial, agradeço a todas as mulheres pela confiança e inestimável contribuição, que me receberam e aceitaram a minha presença durante a consulta, meu respeito e gratidão.

A todos aqueles, que mesmo não mencionados nominalmente, de algum modo torceram por mim e contribuíram direta ou indiretamente com a realização deste estudo e com a realização deste grande sonho, o meu muito obrigado!

“Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria...

Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho, sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida...”

(Milton Nascimento)

RESUMO

A prevenção do câncer de colo do útero é uma prática do enfermeiro na assistência à saúde da mulher que deve ser realizada de forma qualificada através da consulta de enfermagem, uma vez que o desempenho desses profissionais contribui para a obtenção de resultados positivos. Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da consulta ginecológica realizada por enfermeiras na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo observacional, avaliativo, analítico, transversal, quantitativo, desenvolvido em Unidades de Saúde da Família de Picos – Piauí. Os dados foram coletados em julho e agosto de 2013, por meio de um formulário de caracterização sociodemográfica e profissional das 18 enfermeiras participantes e de um *check list* preenchido a partir das observações sistemáticas e diretas da atuação das mesmas durante a consulta ginecológica, sendo observadas três consultas de cada enfermeira, totalizando 54. Os dados foram inseridos no programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0 e analisados por meio de estatística descritiva e analítica. A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética na Universidade Federal do Piauí e aprovada com parecer N° 288.902/2013. Os resultados permitiram averiguar que dentre as observações realizadas (54), houve maior frequência de consultas em que as enfermeiras mantiveram a porta do consultório fechada (77,8%) e conversaram sobre as necessidades, dúvidas e preocupações das mulheres claramente (61,1%), todavia, em poucas consultas foram investigados os fatores de risco sexual e reprodutivo (27,8%). O ponto referente à indagação do esvaziamento da bexiga antes do exame e explicação do mesmo para a usuária foi atendido em 5,6% e 25,9% das consultas respectivamente. Em 81,5% dos casos o espécuro foi introduzido corretamente, somente em 5,6% realizou-se abordagem sindrômica conforme fluxograma; um total de 88,9% e 96,1% realizou corretamente a coleta de material da ectocérvice e endocérvice, respectivamente. Apenas em 64,8% foi colocado material coletado na lâmina como é indicado e embora não façam imersão da mesma em álcool, todas utilizaram o spray fixador. A inspeção do colo com ácido acético não foi realizada nas consultas. As variáveis duração da consulta ($p < 0,0001$) e o tempo de formação ($p = 0,034$) das enfermeiras exerceram influência significativa na qualidade da consulta. Concluiu-se que a inadequação ou insuficiência de alguns aspectos detectados denotam a necessidade de reforço das ações de enfermagem frente à consulta ginecológica, buscando-se melhorar a qualidade dos resultados encontrados.

Palavras-chave: Enfermagem. Esfregaço vaginal. Qualidade de assistência à saúde.

ABSTRACT

The prevention of cervical cancer is a practice of nurses in health care to the woman who should be performed by qualified nursing consultation, since the performance of these professionals contributes to positive outcomes. This study aimed to evaluate the quality of gynecological care performed by nurses in the Family Health Strategy. This is an observational, evaluative, analytical, cross-sectional, quantitative, developed in the Family Health Units of Picos-Piauí . Data were collected in July and August of 2013, through a form of sociodemographic and professional nurses of 18 participants and a check list filled from systematic observations and direct the performance of the same during gynecological, and observed three queries each nurse, totaling 54. Data were entered into the Statistical Package for the Social Sciences version 20.0 and analyzed using descriptive statistics and analytical. The survey was sent to the Ethics Committee at the Federal University of Piauí and approved by the opinion N° 288.902/2013. The results allowed to determine which among the observations (54), there was a higher frequency of consultations in which nurses kept the office door closed (77,8 %) and talked about the needs, questions and concerns of women clearly (61,1 %), however, in a few queries were investigated risk factors for sexual and reproductive (27,8 %). The point regarding the question of emptying the bladder before the examination and explanation of it to the user was seen in 5,6 % and 25,9 % of the visits respectively. In 81,5 % of cases the speculum was inserted correctly, only 5,6% held syndromic approach as flowchart, a total of 88,9 % and 96,1 % performed correctly collect material ectocervix and endocervix, respectively. Only 64,8% collected material was placed on the blade as shown and although not in the same immersion in alcohol, all the spray fixative used. The inspection of the cervix with acetic acid was not performed in the consultations. The duration of the query variables ($p < 0,0001$) and training time ($p = 0,034$) Nurses have any significant influence on the quality of the consultation. It was concluded that the inadequacy or failure of some aspects detected denote the need for strengthening of nursing actions to the gynecological forward, seeking to improve the quality of results.

Keywords: Nursing. Vaginal smear. Quality of health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica e profissional das enfermeiras que realizam consulta ginecológica. Picos – PI, jul./ago., 2013.	27
-----------------	---	----

FIGURAS

Figura 1	Avaliação da qualidade da consulta ginecológica de acordo com os itens do IMD. Picos-PI, jul./ago., 2013.	30
Figura 2	Somatório da quantidade de itens implementados pelas enfermeiras segundo duração da consulta. Picos-PI, jul./ago., 2013.	33
Figura 3	Somatório da quantidade de itens implementados durante a consulta ginecológica segundo tempo de trabalho das enfermeiras na ESF. Picos-PI, jul./ago., 2013.	34
Figura 4	Somatório da quantidade de itens implementados durante a consulta ginecológica segundo tempo de trabalho na USF atual. Picos-PI, jul./ago., 2013.	34
Figura 5	Somatório da quantidade de itens implementados durante a consulta ginecológica segundo tempo de formação das enfermeiras. Picos-PI, jul./ago., 2013.	35
Figura 6	Somatório da quantidade de itens implementados durante a consulta ginecológica segundo o número de consultas agendadas. Picos-PI, jul./ago., 2013.	36

QUADRO

Quadro 1	Reprodução parcial do instrumento com itens avaliados.	24
-----------------	--	----

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCP	<i>Center for Communication on Programs</i>
CCU	Câncer de Colo Uterino
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMD	Instrumento de Melhoria do Desempenho
INCA	Instituto Nacional do Câncer
JHPIEGO	<i>Program for International Education in Reproductive Health</i>
LACEN	Laboratório Central
MSH	<i>Management Sciences for Health</i>
PROQUALI	Programa de Qualidade
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SM	Salário Mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específico	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Panorama do Câncer de Colo do Útero no Brasil	16
3.2 Barreiras à qualidade da consulta ginecológica	18
3.3 Atuação do enfermeiro na consulta ginecológica	19
4 METODOLOGIA	22
4.1 Tipo e natureza do estudo	22
4.2 Período e local do estudo	22
4.3 População e amostra	23
4.4 Coleta de dados	23
4.5 Análise dos dados	25
4.5.1 Variáveis do estudo	25
4.6 Aspectos éticos	26
5 RESULTADOS	27
5.1 Caracterização sociodemográfica e profissional das enfermeiras	27
5.2 Avaliação da qualidade da consulta ginecológica	29
5.3 Associação das características de atendimento, profissionais e qualidade da consulta ..	32
6 DISCUSSÃO	37
7 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	57
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados (Formulário)	58
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	59
ANEXOS	61
ANEXO A - Unidades de Saúde da Família de Picos	62
ANEXO B – Instrumento de melhoria do desempenho (<i>Check List</i>)	63

1 INTRODUÇÃO

O Câncer de Colo Uterino (CCU), também conhecido como câncer cervical, é umas das doenças crônico-degenerativas mais temidas pelas mulheres, representando um problema de saúde pública por apresentar um alto grau de letalidade e morbidade, no entanto, há alto potencial de cura quando este é detectado precocemente.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o CCU representa o segundo tumor mais frequente na população feminina, perdendo apenas para o câncer de mama, com aproximadamente 500.000 novos casos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de quase 230.000 mulheres.

Para o Brasil, no ano de 2012, esperavam-se 17.540 novos casos de CCU, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores da pele não melanoma, o CCU é o mais incidente na região Norte (24/100 mil). As regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil) ocupam a segunda posição mais frequente, a região Sudeste (15/100 mil) a terceira e a região Sul (14/100 mil) a quarta posição (BRASIL, 2012).

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) (2010), o Piauí obteve uma das melhores médias de realização do exame de Papanicolaou, superando 75% da média esperada no primeiro trimestre de 2010 (46.692 exames realizados para uma população feminina de 676.851), tendo superado a meta de 2009 (103,4%). No entanto, nesse mesmo ano, entre as capitais brasileiras, Teresina obteve uma das menores frequências de mulheres que referiram ter realizado o exame nos três anos anteriores a 2009, com apenas 66,3%.

A detecção precoce desse tipo de neoplasia é feita através do exame de Papanicolaou, popularmente conhecido como “exame de prevenção”. O enfermeiro realiza esse tipo de procedimento nas Unidades de Saúde da Família (USF), tendo papel relevante na identificação das populações de risco, também no repasse de informações através de ações de educação, que tenham por finalidade promover a saúde das mulheres, contribuindo, assim, para um diagnóstico precoce da doença.

A coleta citológica ou exame de Papanicolaou é realizado, no Brasil, na rede básica de saúde, por médicos ou enfermeiros devidamente capacitados. A coleta realizada por enfermeiros é respaldada na Portaria Técnica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde Nº 1230 de 14/10/1999, que estabelece as categorias profissionais habilitadas para essa prática (BRASIL, 2002).

Dentre as atribuições do enfermeiro na atenção básica direcionadas à saúde da mulher, está a realização da consulta composta pelos seguintes procedimentos: coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas; solicitação de exames complementares e

prescrição de medicamentos, conforme protocolos ou outras normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão; além da realização de atividades de educação em saúde junto aos demais profissionais da equipe (BRASIL, 2006a).

O INCA (2006) reforça a efetividade do exame pelo fato deste apresentar uma redução das taxas de incidência de câncer invasor em até 90% dos casos quando o rastreamento apresenta boa cobertura e é realizado dentro dos padrões de qualidade.

Com intuito de fornecer um atendimento de qualidade, a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA-CE) preconiza etapas e técnicas que devem ser realizadas durante o atendimento em prevenção do CCU. Em parceria com três agências de cooperação internacional (*Program for International Education in Reproductive Health - JHPIEGO, Management Sciences for Health - MSH e Center for Communication on Programs – CCP*), a SESA desenvolveu, de 1996 a 2000, um Programa de Qualidade (PROQUALI), estabelecendo um conjunto de padrões ou protocolos, denominados Instrumentos de Melhoria de Desempenho (IMD), a serem adotados para o alcance da qualidade das ações prestadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como pressupostos básicos a autoavaliação e a autogestão (EDUARDO et al., 2008).

O IMD pode ser aplicado de forma sistemática, a fim de promover autoaprendizagem, autoavaliação e avaliação externa. Portanto, a qualidade do atendimento do enfermeiro na prevenção do CCU pode ser avaliada a partir da verificação do cumprimento ou não dos padrões estabelecidos pelo PROQUALI. Essa avaliação possibilita um processo reflexivo da prática realizada e gera, conseqüentemente, transformação da realidade e crescimento dos sujeitos envolvidos (MOURA; LEITÃO, 2000; PETERLINI; ZAGONEL, 2003).

Levando-se em consideração que a redução das taxas de incidência do CCU depende da qualidade da consulta ginecológica, que o enfermeiro é o principal responsável pela coleta na atenção básica e que o PROQUALI disponibiliza um instrumento para a avaliação destes profissionais na prevenção do CCU, faz-se o seguinte questionamento: as etapas e procedimentos inerentes ao exame Papanicolaou realizados pelos enfermeiros durante a consulta ginecológica são compatíveis com as ações preconizadas no IMD?

Sabe-se que, em 2011, o município de Picos - Piauí não alcançou a meta pactuada no indicador razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária. Foi pactuado, para o ano de 2011, a razão de 0,23 exames e alcançada a razão de 0,16. A meta pactuada para o ano de 2012 foi a razão de

0,75 exames, sendo que a cada ano essa meta deve que aumentar no mínimo 15% (BRASIL, 2012).

A partir da necessidade e importância da avaliação contínua da qualidade da assistência do enfermeiro na prevenção do CCU, da carência de estudos sobre essa temática no Piauí, e por ser um tema relevante para a saúde pública do ponto de vista local, regional e nacional é que se pretende avaliar a qualidade da assistência quanto ao exame preventivo prestada por profissionais de enfermagem nas USF da cidade de Picos – Piauí, buscando averiguar a compatibilidade das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde com as realizadas nas consultas ginecológicas na assistência às mulheres da referida cidade.

Esse estudo será fundamental para conhecer a realidade local e mostrar se haverá necessidade de rever o modelo de atendimento à mulher durante a consulta ginecológica na cidade. Os resultados obtidos de tal avaliação poderão subsidiar tanto a manutenção das estratégias quanto a sua modificação, visando à valorização e afirmação do trabalho de enfermagem, gerando uma maior credibilidade perante a sociedade. Por meio deste estudo, espera-se sensibilizar os profissionais de saúde, comunidade científica e órgãos governamentais no abrandamento dessa problemática.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a qualidade da consulta ginecológica realizada por enfermeiras na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiras que realizam consulta ginecológica;
- Averiguar a (in)compatibilidade das ações preconizadas no Instrumento de Melhoria do Desempenho com as realizadas por enfermeiras na consulta ginecológica;
- Verificar a existência de associação entre as características de atendimento e profissionais das enfermeiras com a qualidade da consulta ginecológica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção foi abordada uma síntese dos estudos desenvolvidos e apontados na literatura científica acerca da temática em questão, que inclui a epidemiologia do CCU, os fatores de risco e fatores que dificultam a realização da consulta ginecológica, além da atuação do enfermeiro na prevenção desse tipo de câncer.

Os estudos descritos neste capítulo foram selecionados a partir das bases de dados: SciELO e BDNF, utilizando os descritores: epidemiologia do câncer de colo, esfregaço vaginal, qualidade de assistência à saúde e prevenção do câncer de colo uterino.

3.1 Panorama do câncer de colo do útero no Brasil

O CCU é uma doença que apresenta significativo prognóstico quando diagnosticada precocemente, sendo a citologia oncótica, a forma mais eficaz de prevenção e consequente redução da morbimortalidade em países desenvolvidos, entretanto essa não é uma realidade de países emergentes como o Brasil, que ainda mostra situação preocupante em algumas regiões (MEIRA, 2009).

Nesse liame, Gonzaga et al. (2013), em estudo ecológico de série temporal, observou, em termos gerais, certa estabilidade nas taxas de mortalidade. No entanto, segundo os pesquisadores, houve redução dessas taxas nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste e em dez estados, sendo as maiores reduções observadas em São Paulo, Rio Grande do Sul, Espírito Santo e Paraná. Enquanto isso, no Norte e Nordeste e em outros dez estados, principalmente, Paraíba, Maranhão e Tocantins, essa mortalidade seguiu aumentando. Uma das razões para essa disparidade pode ser o menor acesso ao tratamento para as pacientes de áreas menos desenvolvidas.

Esses dados são corroborados por Gamarra, Valente e Silva (2010a), que fizeram a correção dos óbitos por CCU para o Brasil entre 1995 e 2006, observando acréscimo de 103,4% das taxas corrigidas de mortalidade por essa neoplasia, variando de 35% para as capitais da região Sul a 339% para o interior da região Nordeste, mostrando que a mortalidade por esse câncer é ainda maior do que o observado nos informes oficiais.

Ainda assim, esses mesmos autores analisaram a tendência temporal da mortalidade pelo CCU segundo dados de óbito corrigidos no Nordeste do Brasil (capital e interior), verificando variação superior a 500% para o interior do Maranhão e do Piauí. As maiores taxas de mortalidade sem correção corresponderam às capitais e as menores foram observadas no interior dos estados. Por outro lado, os maiores coeficientes de mortalidade corrigidos foram observados para o interior dos estados e os menores para as capitais. Esses

achados apontam que a magnitude desse câncer precisa ser reavaliada, pelo menos no Nordeste do Brasil, apesar de existirem resultados positivos da detecção precoce nessa região (GAMARRA; VALENTE; SILVA, 2010b).

Semelhante a esse achado, Silva et al. (2011), analisando a tendência corrigida da mortalidade geral por câncer e principais tipos nas capitais e demais municípios do Brasil entre 1980 e 2006, observaram que, entre as mulheres, houve diminuição maior das taxas para o CCU nas capitais do que nos interiores dos estados, evidenciando que o CCU entre mulheres do interior ainda não atingiu a mesma redução observada para as mulheres das capitais, o que mais uma vez fortalece a hipótese da desigualdade de acesso a serviços de saúde no Brasil.

Em estudo realizado na cidade do Recife-PE, a investigação das declarações de óbito por meio de prontuários de pacientes encontrou aproximadamente metade dos casos de CCU que haviam sido classificados como câncer do útero, como um câncer em porção não especificada. Dessa forma, as taxas brutas de mortalidade por CCU, calculadas sobre dados oficiais, podem estar subestimadas, e a mortalidade real ser maior do que a observada sobre os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (MENDONÇA et al., 2008; TEIXEIRA; VALENTE; FRANÇA, 2012).

Dentro desse contexto, um estudo feito em Minas Gerais verificou que entre os anos 2004 e 2006 o CCU foi responsável por 1.042 óbitos, o que corresponde a 5,3% dos óbitos por câncer em mulheres. A taxa de mortalidade por CCU após a correção nas macrorregiões desse mesmo estado teve um aumento proporcional de até 233,0%, em relação à taxa bruta calculada, sem considerar a ocorrência de sub-registro de óbitos, de causas mal definidas e de causas inespecíficas das neoplasias (TEIXEIRA; VALENTE; FRANÇA, 2012).

Durante a análise da tendência da mortalidade por câncer de mama e CCU em mulheres residentes no Município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, no período de 1980 a 2006, observou-se que o CCU oscilou entre a segunda e a quarta causa de morte no período do estudo. A análise de tendência mostrou queda da mortalidade por câncer de colo do útero ao longo dos anos da série, o que sugere um processo de transição epidemiológica em andamento, com persistência de taxas elevadas por CCU (RODRIGUES; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2011).

Esses resultados são reforçados pelo estudo desenvolvido em Santa Catarina por Arzuaga-Salazar et al. (2011), no qual se identificou 1.253 mortes de mulheres associadas ao câncer cervical. Nessa investigação, a taxa de mortalidade calculada variou entre 3,6 a 4,9

mortes por 100.000 mulheres, sendo mais elevada em mulheres a partir dos sessenta anos, demonstrando a necessidade de assistência preventiva ao longo da vida da mulher. Entretanto, Rodrigues, Barbosa e Matos (2013) afirmaram em seus achados que as mulheres jovens são as que mais apresentaram diagnóstico de lesões intraepiteliais.

3.2 Dificuldades associadas à realização da consulta ginecológica

A incidência dessa neoplasia, infelizmente, ainda é assustadora e realidade em todas as regiões do Brasil, fazendo-nos refletir acerca da Assistência Integral à Saúde da Mulher e o porquê de tantas lacunas, mesmo com os avanços tecnológicos e evolução da capacitação dos profissionais de enfermagem, confirmando que esse fato é muito mais complexo e desafiador.

A demora no atendimento e continuidade do tratamento são lacunas ainda existentes no âmbito da Saúde Pública, fato corroborado por Göttems et al. (2012) em estudo sobre a rede de atenção ao CCU no Distrito Federal (DF) a partir da trajetória de usuárias desses serviços, evidenciando-se que as mulheres têm facilidade de acesso à rede básica, para consulta e colpocitológico, mas convivem com a diversidade nas condutas clínicas, demora no resultado do exame, barreiras no acesso às consultas de especialidades e exames de apoio diagnóstico, levando-as a recorrer à rede privada, demonstrando que há uma notória desarticulação entre os pontos de atenção, prejudicando a qualidade e continuidade do cuidado a essas mulheres.

Segundo Rodrigues, Barbosa e Matos (2013), ainda predominam exames realizados de forma oportunista e a abordagem de comunicação com as mulheres almejadas pelos programas de prevenção ainda se mostra deficiente. De acordo com os autores, o Brasil ainda mantém uma elevada taxa de morbimortalidade pelo câncer do colo do útero, devido a não realização do exame preventivo, pois apesar do mesmo ser oferecido em praticamente todos os postos de saúde no país, nem todas as mulheres têm acesso, principalmente as de baixo nível socioeconômico. O levantamento realizado pelas pesquisadoras demonstrou que importantes avanços já foram alcançados, porém ainda existem algumas lacunas, tais como a deficiência na informação e acesso ao diagnóstico do câncer.

Ademais, a revisão integrativa desenvolvida por Guimarães et al. (2012) com vistas a sintetizar o conhecimento científico publicado em periódicos nacionais de enfermagem sobre prevenção do CCU mostrou a existência de lacunas como ausência de realização efetiva do exame, conhecimento das usuárias e práticas de educação em saúde insuficientes ou insatisfatórias.

No entanto, a falta de igualdade no acesso ao exame e questões culturais, como medo da mulher e preconceito do parceiro, quanto à realização do mesmo, dificultam o diagnóstico precoce da doença, desencadeando as altas taxas de mortalidade. Apesar disso, a incidência e a mortalidade por câncer do colo uterino vêm diminuindo em decorrência do diagnóstico precoce e melhoria do tratamento (FREITAS et al., 2001).

Nesse sentido, o exame Papanicolau é um eficiente método de prevenção e controle, porém, para que se tenha um resultado confiável é fundamental que a mulher se submeta a um exame de qualidade bem como a procedimentos adequados, a partir da coleta do material até os resultados encontrados nos laudos citopatológicos, conforme a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Conduas Preconizadas (SANTOS; BRITO; SANTOS, 2011; BRASIL, 2006a).

Hodiernamente, a enfermagem contribui para reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero quando promove, na Rede Básica de Saúde, a construção da cultura de prevenção, a ampliação do acesso das mulheres aos serviços de saúde, a realização dos testes diagnósticos, e a captação e seguimento adequado das mulheres de risco (ARZUAGA-SALAZAR et al., 2011).

3.3 Atuação do enfermeiro na consulta ginecológica

A consulta de Enfermagem é uma atividade precípua do enfermeiro. Apesar de regulamentada desde a década de 80, ainda é uma tecnologia que não alcançou totalmente a sua vigência nos três níveis de atenção (OLIVEIRA et al., 2012a).

No contexto da atenção básica, a competência do enfermeiro precisa ir além da boa técnica; é preciso estar sensível às necessidades e às circunstâncias de vida da mulher e para tal é indispensável uma constante atualização e preparação para enfrentar os desafios que se apresentam ao se tratar do atendimento público.

Em se tratando da consulta ginecológica, Silva e Vargens (2013) enfatizam a importância da mesma para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, além de prevenir agravos à saúde. Porém, segundo os mesmos estudiosos, o ambiente da consulta ginecológica possui várias formas de invasão à mulher, atrelado ao conjunto de práticas medicalizadas. Com isso, a mulher perde sua autonomia, com manipulação excessiva do corpo. Diante disso, a mulher pode não apresentar, durante a consulta, suas verdadeiras demandas de cuidado em saúde, como, por exemplo, a discussão de sua sexualidade, medos, dúvidas ou vergonha, sendo direcionada a pensar apenas nas queixas patológicas ou sinais e sintomas.

Cabe aos enfermeiros, em parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e com os gestores locais, planejar e desenvolver estratégias para contemplar tanto a técnica propriamente dita, que não pode deixar de ser desenvolvida, quanto as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, demonstrando que este profissional não deve atuar sozinho.

A relação entre profissional e cliente não deve limitar-se à realização de procedimentos técnicos, pois a técnica mecanicista pode gerar um distanciamento do sujeito do cuidado (FORMOZO et al., 2012). A literatura traz como fator de sucesso da prevenção do câncer cervicouterino a realização de campanhas, com a busca ativa de mulheres por meio de visitas regulares dos agentes comunitários, reuniões na comunidade pelas equipes saúde da família e ações educativas destacando a periodização do exame preventivo do câncer ginecológico (MELO et al., 2009).

Dessa forma, enfatiza-se a importância da realização de uma consulta de enfermagem estruturada e com uma visão mais ampliada de prevenção, que possibilite a interação enfermeira/mulher para que a ansiedade e o medo sejam reduzidos paulatinamente. A consulta de enfermagem oferece à mulher esse espaço para o diálogo e para a elaboração de um vínculo. Portanto, torna-se fundamental que as enfermeiras sejam sensibilizadas e capacitadas para atuar de acordo com essa perspectiva, uma vez que os índices de câncer de colo de útero vêm mantendo-se aumentados apesar das políticas públicas de saúde instituídas.

Os resultados do estudo de Mistura et al. (2011) evidenciaram que a inserção dos enfermeiros na ESF contribui para uma melhor prestação do serviço de saúde, trabalhando para a promoção de ações direcionadas ao incentivo da realização do exame preventivo, ao enfrentamento diante dos obstáculos para o diagnóstico e seguimento da patologia, além de proporcionar espaços de discussão para mudanças de hábitos e atitudes diante do exame.

A promoção da saúde é considerada campo teórico-prático-político, servindo como ferramenta para as ações da ESF, nas quais deve ocorrer o deslocamento do olhar dos profissionais, da doença para a saúde. Nesta perspectiva, é preciso que profissionais repensem acerca das práticas, se aproximem dos preceitos de promoção da saúde, como definido nas políticas públicas, buscando alternativas que melhorem a qualidade de vida das usuárias (LOPES et al., 2013; CZERESNIA, 2011; BUDÓ et al., 2008).

Através das atividades desenvolvidas, percebe-se a importância da educação em saúde no contexto oncológico envolvendo o universo feminino. As ações de promoção da saúde são de extrema relevância, pois envolvem a mulher no contexto saúde-doença, enfocando o autocuidado (OLIVEIRA et al., 2012b). Em suma, Vasconcelos et al., (2011) enfatizam que o enfermeiro escolhe a forma de intervenção que irá adotar, conforme as

características da população que o mesmo assiste, destacando-se a detecção precoce como elemento mais efetivo no combate ao CCU.

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro deve estar voltada para uma atenção integral, que propicie o máximo de informações necessárias para essas mulheres, sendo essas orientações registradas nos prontuários. Assim, percebe-se a necessidade do acompanhamento adequado das pacientes, assim como a melhoria da qualidade e quantidade de registros referentes à consulta ginecológica, visando a integralidade da atenção à saúde da mulher (FROTA; OLIVEIRA; BARROS, 2013; PERETTO; DREHMER; BELLO, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e natureza do estudo

Trata-se de um estudo observacional, avaliativo, analítico e transversal, com abordagem quantitativa.

Estudo observacional, segundo Flick (2009), é aquele no qual o observador mantém distância dos eventos observados a fim de evitar influenciá-los, porém, de acordo com Lobiondo-Wood e Haber (2001, p. 177), “o pesquisador não está simplesmente olhando o que está acontecendo, mas, sim, observando com um olho treinado em busca de certos acontecimentos específicos”. Afirmam, ainda, que a Enfermagem tem sido analisada no sentido de dispor de capacidade de avaliação ou medição dos resultados de seu cuidado, dessa forma, a experimentação se torna válida quando estabelece relações de causa e efeito entre o cuidado de enfermagem prestado e a efetividade deste. A pesquisa avaliativa possibilita que se examine o modo de funcionamento de uma determinada prática, política ou programa (POLIT; BECK, 2011).

Segundo Lima-Costa e Barreto (2003), estudos analíticos são aqueles planejados para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde. Nos estudos transversais ou seccionais, a exposição e a condição de saúde do participante são determinadas simultaneamente. Esse tipo de investigação começa buscando avaliar a presença de doença ou condição relacionada à saúde de uma população especificada, em um determinado momento.

A abordagem quantitativa constitui-se na busca de resultados precisos, exatos, comprovados através de medidas variáveis preestabelecidas, na qual se procura verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, através da análise da frequência de incidências e correlações estatísticas. Os resultados obtidos e comprovados pelo número de vezes em que o fenômeno ocorre ou com exatidão em que ocorre. A resposta que se busca na investigação deve ser obtida de forma numérica, exata e inquestionável (MICHEL, 2005).

4.2 Período e local do estudo

O período para desenvolvimento desse estudo compreendeu dezembro de 2012 a setembro de 2013. Realizado nas unidades da ESF de Picos, município localizado a 320 km da capital do Piauí (Teresina), com população de 73.414 habitantes (IBGE, 2010).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Picos, o município conta com 31 Equipes de Saúde da Família, sendo 21 na zona urbana e 10 na zona rural (ANEXO

A). Cada equipe é composta por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem, dentista e ACS. Oito equipes contam também com um enfermeiro ambulatorial.

O referido município possui uma população de 40.990 mulheres cadastradas, das quais 29.708 com idade entre 25 e 64 anos, sendo que o número de coletas colpocitopatológicas realizadas no ano de 2012 foi de 6.609, representando 22,2% das mulheres em idade fértil (PICOS, 2012). Segundo o INCA (2011), a priorização desta faixa etária, justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por todos os enfermeiros da ESF que atuam na área de prevenção de CCU e, portanto, realizam a coleta de material para o exame de Papanicolaou nas USF da zona urbana de Picos. Em fevereiro de 2013¹, o município contava com um total de 21 Equipes de Saúde da Família, pois apesar da zona urbana possuir 20 USF, em uma delas duas equipes atuam concomitantemente.

A amostra do estudo correspondeu a 18 profissionais (enfermeiras), haja vista a aplicação dos critérios estabelecidos, de que somente poderiam participar da pesquisa os enfermeiros de saúde da família da zona urbana que realizarem consultas ginecológicas com foco na prevenção de CCU há, no mínimo, seis meses anteriores à coleta de dados. Como critério de exclusão, definiu-se que os enfermeiros, que estivessem de férias ou de licença não fariam parte da pesquisa.

Em uma unidade a enfermeira se encontrava em férias, em outra a enfermeira estava de licença e em uma unidade distinta a coleta não foi possível por recusa das usuárias e certa resistência do enfermeiro, único entre os profissionais do sexo masculino que realiza o exame ginecológico no município.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados entre julho e agosto de 2013, por meio de um formulário (APÊNDICE A) e um *check list* (ANEXO B).

Marconi e Lakatos (2006) explicam que o formulário deve ser preenchido pelo investigador, consistindo na coleta de informações diretamente do entrevistado. Para este

¹ Informações disponibilizadas pela Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Picos.

estudo, tal instrumento foi elaborado a fim de investigar as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros participantes.

O segundo instrumento correspondeu a um *check list*, preenchido a partir das observações sistemáticas e diretas de acadêmico de enfermagem previamente treinado para tal procedimento nas USF. Esse instrumento foi elaborado mediante requisitos preconizados pelo Ministério da Saúde (2013) a serem abordados em uma consulta ginecológica e adaptado do IMD do Projeto PROQUALI (CEARÁ, 2005).

O IMD dirigido para ao exame ginecológico é composto por 24 procedimentos que descrevem como deve ser o atendimento. Dentre eles: preparação da cliente para o exame e técnica da coleta propriamente dita, usando corretamente os materiais.

Como parâmetro de avaliação, o PROQUALI sugere que quando o procedimento for realizado adequadamente o mesmo seja categorizado como SIM (S); quando não for realizado, ou for inadequadamente, seja categorizado como NÃO (N); e quando a situação específica de um atendimento não se fizer necessária à realização de um determinado passo, este seja categorizado como NÃO SE APLICA (NSA) (CEARÁ, 2005).

O Quadro 1 contém representação parcial do instrumento utilizado para exemplificação. Ao final do instrumento, havia espaço reservado para registro de informações pertinentes às atividades observadas, como implementação de item não contemplado pelo instrumento.

Quadro 1 – Reprodução parcial do instrumento com itens avaliados.

ATIVIDADES AVALIADAS	Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
Assegura privacidade durante o atendimento: mantém a porta do consultório fechada.			
Estimula a usuária a fazer perguntas e conversa sobre as necessidades, dúvidas e preocupações de forma clara.			
Investiga fatores de risco (multiplicidade de parceiros, DST de repetição, início precoce da atividade sexual).			

De acordo com o PROQUALI, ao se utilizar o IMD para efeito de avaliação, o procedimento deverá ser observado, no mínimo, em três situações, com a finalidade de evitar falsas avaliações por situações “maquiadas” pelos participantes. Esse aspecto é corroborado por outros autores que orientam para a mesma estratégia, ressaltando o princípio da “reatividade”, resposta do sujeito observado, que é capaz de alterar os resultados reais de um estudo (POLIT; BECK, 2011). Além disso, considerou-se que a observação de três consultas de cada enfermeiro seria um quantitativo satisfatório, haja vista que o acompanhamento de

um número menor poderia acarretar prejuízo ao alcance do objetivo almejado (FELIPE et al., 2011).

Primeiramente, realizou-se o mapeamento das equipes da ESF do município, verificando o dia da semana que cada equipe estabelece para realizar o exame Papanicolaou. Foram realizadas visitas semanais e durante o período da coleta de dados uma USF estava sem funcionamento devido às más condições de infraestrutura e por esse motivo a equipe estava atuando em parte das dependências da USF de bairro vizinho, o que não impossibilitou a coleta de dados.

Ao final, de um total de 63 consultas que deveriam ser observadas (21 enfermeiros), três de cada enfermeiro, foram observadas 54 (18 enfermeiras), mediante as limitações mencionadas anteriormente. Esclarece-se, ainda, que o tempo de realização de cada consulta foi cronometrado pelo acadêmico, sendo iniciado quando a mulher adentrou o consultório e finalizado quando esta saiu do mesmo.

4.5 Análise de dados

Os dados obtidos por meio da aplicação do formulário e do *check list* foram tabulados no programa Microsoft Excel *for Windows*® 2010 e importados para o IBM SPSS *Statistics* versão 20.0. Para a análise descritiva, utilizou-se o cálculo de frequências absolutas e relativas e de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão).

A estatística analítica foi realizada através do coeficiente de correlação linear de *Pearson* (r), após testagem quanto à normalidade de distribuição por meio do teste *Kolmogorov-Smirnov*. Para significância estatística, utilizou-se $p < 0,05$ como valor de referência.

Os resultados obtidos foram expostos em forma de tabelas e gráficos e discutidos com base na literatura científica pertinente sobre a temática em estudo.

4.5.1 Variáveis do estudo

Para a análise de associação entre as variáveis do estudo, considerou-se a classificação destas conforme descrição a seguir:

- **Variáveis independentes:** características profissionais dos enfermeiros que realizam as consultas (tempo de formação, realização de curso de especialização, tempo de trabalho na ESF e curso de capacitação com temática associada à saúde da mulher ou à ESF),

tempo transcorrido em cada atendimento e quantidade de mulheres agendadas para a realização das consultas no dia do atendimento;

- **Variáveis dependentes:** itens do instrumento de avaliação da qualidade da consulta ginecológica, descritos detalhadamente no item 4.4 desta casuística.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, com o intuito de atender as recomendações expressas na Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) acerca das questões éticas da pesquisa envolvendo seres humanos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 1996). O parecer de aprovação obtido possui Nº 288.902 (ANEXO C). A Secretaria Municipal de Saúde de Picos foi previamente contactada, no intuito de obter autorização para a entrada do pesquisador nas USF do município.

Todos os participantes foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) em duas vias e receberam uma delas. Foram garantidos o anonimato e a liberdade para participar do estudo ou desistir em qualquer momento, bem como a negação de qualquer prejuízo.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, os resultados ora apresentados se referem à análise das variáveis obtidas por meio da investigação realizada com 18 enfermeiras atuantes na ESF de Picos (zona urbana), assim como das 54 consultas observadas. Para facilitar a compreensão do alcance de cada objetivo, optou-se pela divisão das descrições em três etapas, a saber: 1) Caracterização socioeconômica e profissional das enfermeiras; 2) Avaliação da qualidade da consulta ginecológica; 3) Associação entre as características de atendimento, profissionais e a qualidade da consulta.

5.1 Caracterização sociodemográfica e profissional das enfermeiras

A Tabela 1 contém os resultados referentes às características sociodemográficas e profissionais das enfermeiras cujas consultas foram observadas.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional das enfermeiras que realizam consulta ginecológica. Picos – PI, jul./ago., 2013. (n=18)

Variáveis	<i>f</i>	%	Estatística
Faixa etária			
25-30 anos	6	33,3	Média:
31-40 anos	10	55,6	34,3±7,1 anos
41-57 anos	2	11,1	
Sexo			
Feminino	18	100,0	
Renda familiar mensal			
4 – 7 SM	6	33,3	Mediana:
8 – 10 SM	8	44,5	R\$ 7.500,00
17 – 29 SM	4	22,2	
Raça/cor da pele			
Branca	9	50,0	
Parda	9	50,0	
Estado civil			
Solteira	5	27,8	
Casada	13	72,2	
Tempo de trabalho na USF atual			
0,5 - 4,5 anos	7	38,9	Mediana:
5 - 10 anos	11	61,1	6 anos
Tempo de trabalho na ESF			
0,5 - 5 anos	4	22,2	Mediana:
6 - 13 anos	14	77,8	7,7 anos
Tempo de formação			
1-5 anos	1	5,6	

6-10 anos	13	72,2	Mediana:
11-15 anos	3	16,6	7,5 anos
16-30 anos	1	5,6	
Especialização			
Sim	17	94,4	
Não	1	5,6	
Curso de capacitação			
Saúde da mulher	11	61,1	
ESF	13	72,2	
Outro	8	44,5	

ESF: Estratégia Saúde da Família; USF: Unidade de Saúde da Família; SM: Salário Mínimo

As informações referentes às características sociodemográficas das 18 enfermeiras da ESF de Picos incluídas na pesquisa permitiram perceber que correspondiam, predominantemente, à faixa etária de 31-40 anos (55,6%), com média de idade de $34,3 \pm 7,1$ anos; a mediana correspondente à renda familiar mensal das enfermeiras foi de R\$ 7.500,00, considerando o valor do salário mínimo vigente (R\$ 678,00); pardas e brancas, ambas correspondendo a 50%; casadas ou em união consensual (72,2%).

No tocante ao tempo de trabalho das enfermeiras na USF em que ocorreu a coleta, verificou-se referência mais frequente a um período de 5-10 anos (61,1%), com mediana correspondente a seis anos. Observou-se que a maioria das entrevistadas possuía tempo de trabalho como enfermeira da ESF entre 6-10 anos (77,8%), com mediana de 7,7 anos, o que lhes possibilitou a realização de capacitações oferecidas pelo serviço público, relacionadas à ESF e Saúde da Mulher (72,2% e 61,1%, respectivamente).

As participantes deixaram claro ser desejável disporem de educação continuada relativa a assuntos específicos sobre os aspectos inerentes à consulta ginecológica, de modo a permitir que as contribuições da enfermagem possam se pautar em conhecimentos atualizados e baseados em evidências científicas.

No quesito tempo de formação, houve maior percentual daquelas que se encontravam com 6-10 anos de formação profissional (72,2%), compreendendo uma mediana de 7,5 anos e concomitantemente de atuação no mercado de trabalho, já que se verificou uma mediana semelhante ao tempo de atuação na ESF.

Percentual considerável das enfermeiras estava cursando ou havia concluído algum curso de pós-graduação *lato sensu* (94,4%), no qual foram mais frequentes as especializações com abordagem em Saúde da Família, Saúde Pública e em Gestão em Saúde. Os demais cursos de especialização identificados nessa pesquisa foram: Unidade de Terapia

Intensiva, Enfermagem do Trabalho, Docência do Ensino Superior, Cardiologia, Obstetrícia e Urgência e Emergência.

5.2 Avaliação da qualidade da consulta ginecológica

No tocante à duração das consultas, verificou-se um dispêndio mediano de 16 minutos, com valor mínimo de 3 minutos e máximo de 35 minutos. A quantidade de mulheres que se consultaram foi em média 5,7; com mínimo de 3 atendimentos no período e máximo encontrado 12 mulheres por dia de atendimento. Na Figura 1 foram dispostos os dados referentes ao desempenho das enfermeiras no decorrer das 54 consultas ginecológicas observadas.

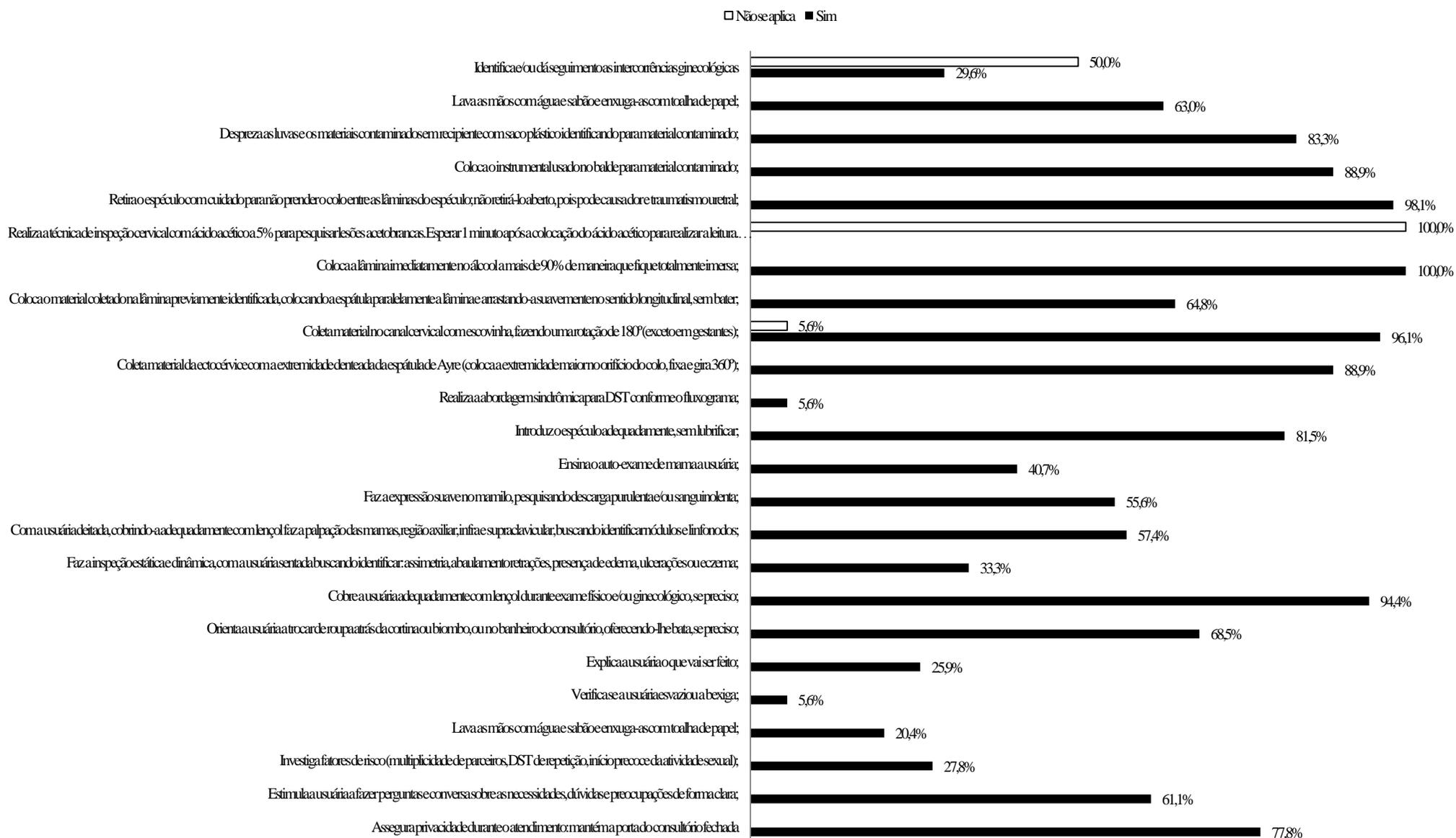


Figura 1 – Avaliação da qualidade da consulta ginecológica de acordo com os itens do IMD. Picos-PI, jul./ago., 2013. (n=54)

A leitura flutuante das respostas mais frequentes dos 24 itens investigados permitiu inferir que no geral a qualidade da consulta foi razoável. Contudo, a análise dos percentuais relativos a essas respostas demonstrou que alguns itens merecem destaque.

Em relação à privacidade da paciente, a maioria das enfermeiras impediu o “entra e sai” de pessoas durante o atendimento e mantiveram a porta do consultório fechada (77,8%); estimulando as usuárias a fazerem perguntas, conversando sobre as necessidades, dúvidas e preocupações claramente (61,1%); todavia, apenas em 27,8% das consultas investigaram os fatores de risco sexual e reprodutivo.

A porcentagem de consultas em que as enfermeiras lavaram as mãos antes de realizar a coleta citológica foi extremamente baixa (20,4%) e uma porcentagem maior (63%) teve esse cuidado após o procedimento, porém em ambas as ocasiões os percentuais foram inaceitáveis.

Durante a pesquisa, apenas em 5,6% das consultas, as enfermeiras certificaram-se de que a usuária estava com a bexiga vazia. Quanto a explicar à usuária o que iria ser feito, apenas 25,9% o fez. A orientação para a usuária trocar de roupa em local apropriado foi observada em 68,5% dos exames. No critério de cobrir a usuária adequadamente, a maioria o fez conforme se preconiza (94,4%) e nos casos em que as enfermeiras foram omissas, percebeu-se demonstração de vergonha maior que o comum por parte das assistidas.

Pode-se afirmar também que em apenas 33,3% das consultas analisadas, as enfermeiras realizaram a inspeção estática, realizada com a paciente sentada com braços pendentes ao corpo; e inspeção dinâmica, na qual a paciente eleva os membros superiores acima da cabeça, pressiona o quadril e inclina o tronco para frente. A palpação das mamas, abrangendo o exame dos linfonodos nas cadeias axilares, supra e infraclaviculares, foi observada em 57,4% dos procedimentos avaliados; realizou-se a expressão mamilar em 55,6% dos casos e as orientações sobre o autoexame das mamas foram constatadas em apenas 40,7% das observações.

A maioria das enfermeiras introduziu o espéculo corretamente, sem lubrificar (81,5%); somente em 5,6% das consultas realizou-se abordagem sindrômica para DST conforme fluxograma; um total de 88,9% realizou a coleta de material da ectocérvice, utilizando corretamente a espátula de Ayre; 96,1% realizaram a coleta de material endocervical, fazendo rotação de 180°; apenas 64,8% colocou o material coletado na lâmina como é indicado e embora não façam imersão da mesma em álcool, todas utilizaram o spray fixador, material este disponibilizado pela gestão municipal.

A inspeção do colo com ácido acético não foi realizada nas consultas, sendo categorizada como NSA em 100% dos casos, uma vez que o município não disponibiliza materiais para que os profissionais a façam. Ainda nessa conexão, a coleta do material endocervical com a escovinha tipo Campos da Paz não se aplicou em 5,6% das consultas, devido a cliente ser gestante.

Observou-se em 98,1% dos exames que as enfermeiras retiraram o espécuro de forma adequada. Além disso, o instrumental usado foi descartado no balde para material contaminado em 88,9% das situações e em 83,3% se desprezou as luvas e os materiais contaminados em saco plástico apropriado.

Outro item que merece destaque corresponde à identificação e/ou seguimento de intercorrências ginecológicas, fato que se averiguou em 29,6% dos atendimentos e que não se aplicou em 50% das observações, valor que se justifica pela ausência de intercorrências, pelo menos a olho nu, não sendo necessário, *a priori*, referenciar a um nível de atenção de maior complexidade.

5.3 Associação das características de atendimento, profissionais e qualidade da consulta

Faz-se necessário resgatar que o instrumento de avaliação das consultas consistia de 24 itens a serem implementados pelas enfermeiras durante o atendimento ginecológico oferecido às mulheres. Com o intuito de verificar a quantidade de itens implementados em cada uma das 54 consultas observadas, realizou-se o somatório destes, o que permitiu elaborar a Figura 2, que possui essa variável associada ao tempo gasto pelas enfermeiras para a realização de cada consulta (em minutos).

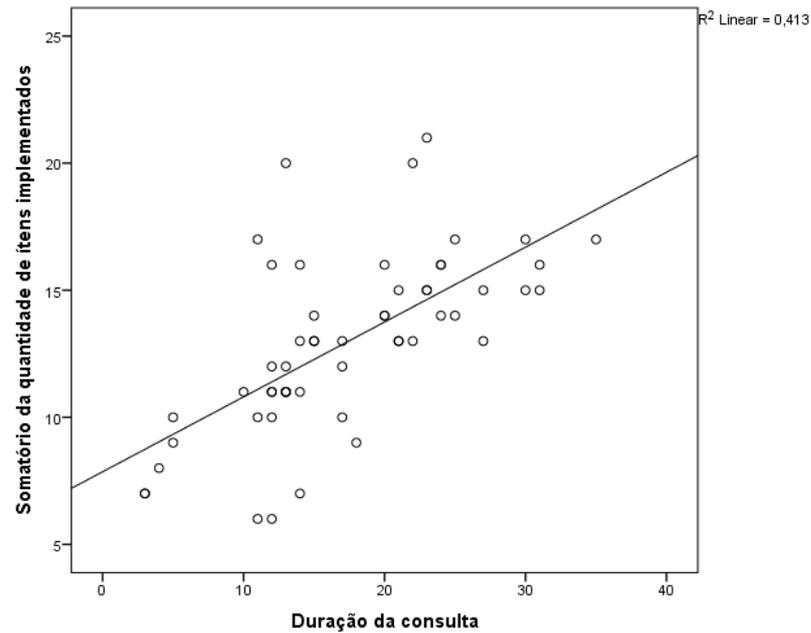


Figura 2 – Somatório da quantidade de itens implementados pelas enfermeiras segundo a duração da consulta. Picos-PI, jul./ago., 2013.

Verificou-se que quanto maior a duração da consulta, mais itens preconizados pelo IMD foram implementados pelas enfermeiras ($p < 0,0001$), sendo essa uma associação forte ($r = 0,643$).

Realizou-se, ainda, análise quanto à associação entre tempo de trabalho das enfermeiras na ESF e o somatório da quantidade de itens contidos no *check list* e que foram implementados pelas mesmas (Figura 3).

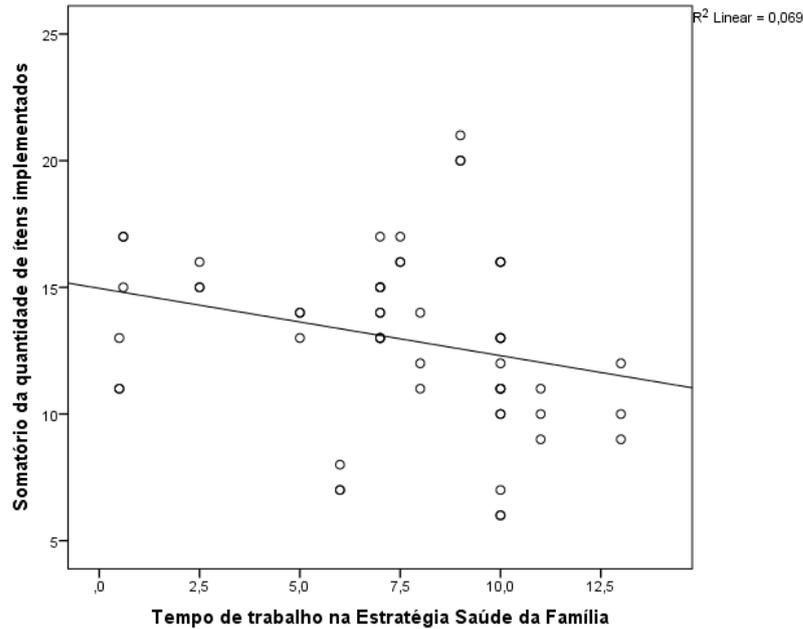


Figura 3 – Somatório da quantidade de itens implementados durante a consulta ginecológica segundo o tempo de trabalho das enfermeiras na ESF. Picos-PI, jul./ago., 2013.

Com isso, pôde-se compreender que o tempo de trabalho na ESF não influenciou a qualidade da consulta ginecológica realizada pelas enfermeiras, pelo fato da correlação não ter significância estatística ($r=-0,262$; $p=0,056$). Ainda nesse contexto, optou-se por investigar se o tempo de trabalho da USF atual exerceu essa influência, permitindo-se elaborar a Figura 4.

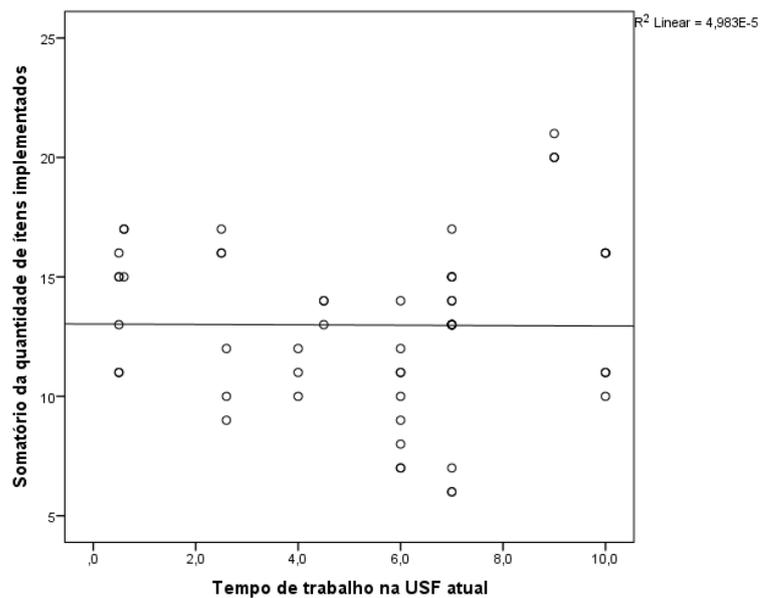


Figura 4 – Somatório da quantidade de itens implementados durante a consulta ginecológica segundo tempo de trabalho na USF atual. Picos-PI, jul./ago., 2013.

A análise permitiu inferir que o tempo de trabalho na USF atual também não interferiu na qualidade das consultas ginecológicas realizadas pelas enfermeiras abordadas, pois essa variável não apresentou correlação com a quantidade de itens implementados ($r=0,024$; $p=0,862$).

Quanto ao tempo decorrido após a graduação das enfermeiras, verificou-se que houve correlação negativa quanto a essa variável, conforme demonstrado na Figura 5.

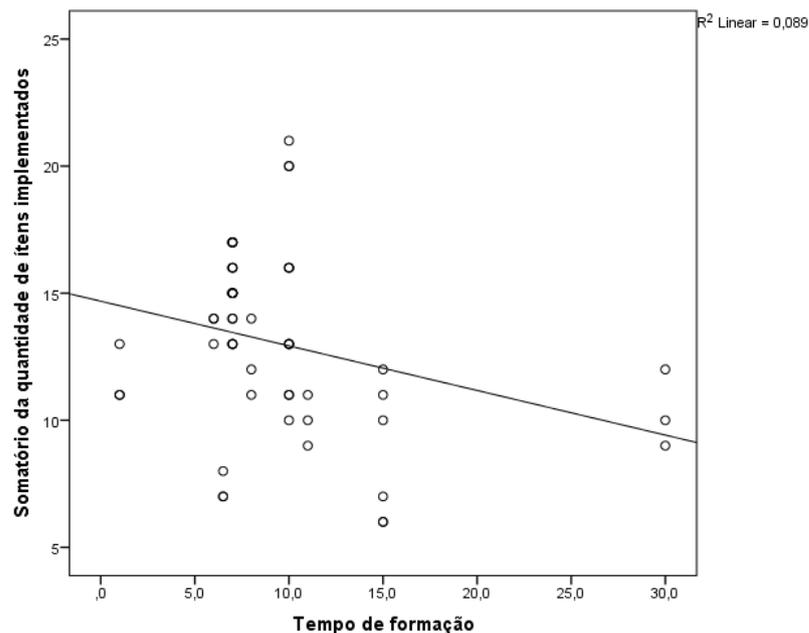


Figura 5 – Somatório da quantidade de itens implementados durante a consulta ginecológica segundo tempo de formação das enfermeiras. Picos-PI, jul./ago., 2013.

Sendo assim, percebeu-se que quanto maior o tempo de formadas, menos itens foram implementados pelas enfermeiras durante a consulta ginecológica, o que evidenciou comprometimento da qualidade da consulta ($r=-0,282$; $p=0,034$). Essa correlação foi classificada como fraca.

A última correlação analisada foi demonstrada por meio da Figura 6, que corresponde à quantidade de consultas agendadas para o período de atendimento.

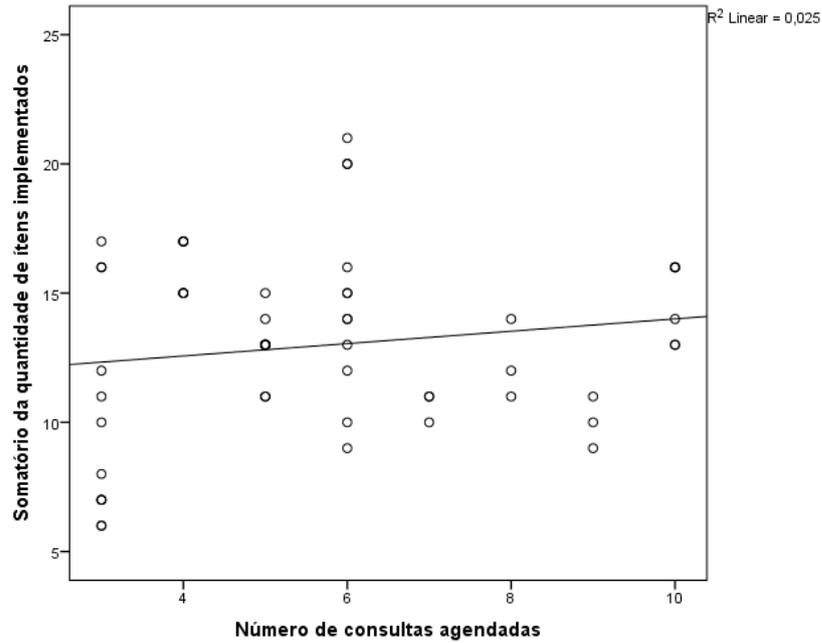


Figura 6 – Somatório da quantidade de itens implementados durante a consulta ginecológica segundo o número de consultas agendadas. Picos-PI, jul./ago., 2013.

Verificou-se que não houve associação entre o número de consultas agendadas e a quantidade de itens implementados, o que permitiu compreender que independente da quantidade de mulheres que as enfermeiras deveriam atender, a qualidade da consulta ginecológica não foi alterada ($r=0,0157$; $p=0,0257$).

6 DISCUSSÃO

A análise dos resultados à luz da literatura científica pertinente sobre a temática permitiu elaborar este capítulo. Poucos são os estudos que tratam da avaliação da assistência de enfermagem em ginecologia. A presente pesquisa contemplou a caracterização das enfermeiras atuantes na ESF e os procedimentos mínimos aos quais as mulheres devem ser submetidas de forma que se possa identificar condições de risco à saúde sexual e reprodutiva, além da monitoração do estado de saúde em contexto amplo e o seguimento e posterior tratamento de eventuais alterações cervicouterinas e mamárias, revelando a qualidade da consulta ginecológica fornecida à população feminina residente na área urbana do município de Picos - PI.

Em consonância a isso, investigou-se, inicialmente, as características das enfermeiras no que tange aos aspectos sociodemográficos e profissionais. Em relação à idade, essa variável mostrou um grupo jovem, economicamente ativo e em idade produtiva no trabalho. Observa-se que esse achado converge com outros estudos que apresentam a faixa etária jovem como idade preponderante na assistência do cuidado (DUARTE; FERREIRA; SANTOS, 2013; CELEDÔNIO, 2012; FERNANDES et al., 2010).

A feminização da força de trabalho da ESF é uma tendência que se mostra predominante (COSTA et al., 2013; PINTO; MENEZES; VILLA, 2010). Tal resultado corrobora com o encontrado por Corrêa et al. (2012) em investigação desenvolvida na cidade de Cuiabá (MT) com 79 enfermeiros das USF do município, que constatou uma maioria feminina (88,6%).

Ainda assim, estudos comprovaram que grande parte dos profissionais de saúde, atualmente, na atenção básica, são mulheres. A enfermagem traz, historicamente, uma representação feminina muito forte na profissão, realidade que pode ser notada nos cursos de graduação, pós-graduação e nos serviços de saúde (VILLELA et al., 2011; MAHL; TOMASI, 2009).

Levando esse fato em consideração, é possível constatar que essa maior proporção de mulheres/enfermeiras que atuam na ESF não foge à caracterização da força de trabalho composta em maior quantitativo por mulheres, o que reforça o cuidado de enfermagem como uma prática majoritariamente feminina em todos os seus níveis, apesar da existência de incipiente grau de inserção de homens neste cenário (MARTINS et al., 2006).

Os dados levantados também permitem inferir que o poder aquisitivo familiar das enfermeiras em questão é relativamente alto. Corroborando com os dados encontrados por Corrêa et al. (2012), que verificaram quantidade expressiva de enfermeiros enquadrados nas

classes B1 e A2, o que pode ser explicado por motivos, como: o fato da maioria ser casada, ocorrendo composição de renda familiar com o esposo; uma parcela significativa possuir mais de um vínculo empregatício, dentre outros fatores que podem influenciar diretamente na condição econômica do profissional.

Quanto à cor da pele/raça das participantes, demonstrou-se equivalência entre as que se autodeclararam brancas e mestiças (também chamada de parda no Brasil), ambas correspondendo separadamente a 50% da amostra. Ademais, sabe-se que esse resultado apenas refletiu uma característica predominante da população brasileira, não havendo, portanto, associação dessa cor da pele com o fato de ser graduado em Enfermagem ou trabalhar na ESF.

Quanto à situação conjugal das profissionais, percebe-se que a maioria encontra-se em união estável. Martins et al. (2013) observaram, através da investigação com 41 enfermeiros da ESF de Brasília (DF), que a maioria era casada (68,2%), corroborando o resultado da presente casuística. Zanetti et al. (2010) também trazem que tal indicador pode estar associado à idade das profissionais que estão, em sua maioria, na idade adulta, considerando-se o ciclo do desenvolvimento humano, o que, em geral, predispõe à constituição de novos núcleos familiares.

Com relação ao tempo de atuação na USF, demonstrou-se variação de 5-10 anos, corroborando com a quantidade de anos referida pelos enfermeiros participantes do estudo de Brondani Junior et al. (2011), que atuavam na ESF em municípios localizados no sul do Rio Grande do Sul e que cursavam a Especialização Multiprofissional em Saúde da Família, sendo referida uma variação de três meses a dez anos. Estudo semelhante desenvolvido com 20 enfermeiros no estado do Paraná verificou que o tempo de trabalho na atual unidade variou entre cinco meses e oito anos (ROECKER; NUNES; MARCON, 2013).

Segundo Rocha et al. (2009), o tempo médio de três anos de atuação na mesma equipe é característica importante, pois valoriza o profissional no ambiente de trabalho e favorece a criação de vínculo com as propostas da ESF, com a equipe e com a comunidade. Resultados do estudo de Viegas; Penna (2012) mostram o vínculo como diretriz essencial à consolidação da integralidade em saúde ao favorecer a participação do usuário como sujeito autônomo na produção da sua saúde. Entretanto, a rotatividade de profissionais interfere tanto na dinâmica do trabalho cotidiano como na construção de vínculo com as famílias, o que implica diretamente na consolidação local da Estratégia.

O tempo de atuação no serviço e profissional permite inferir se existe um vínculo dos enfermeiros com o território e a comunidade, melhor conhecimento de suas necessidades

e maior possibilidade de dar continuidade aos programas desenvolvidos nas unidades. A estabilidade na contratação do trabalho também possui importância, uma vez que possibilita melhor qualidade no atendimento ao usuário, visto que o contrato temporário enseja rotatividade de profissionais, insegurança e insatisfação (CELEDÔNIO, 2012).

No que se refere ao tempo de graduação das investigadas, 13 enfermeiras apresentaram tempo de formação variando entre 6-10 anos, o que também demonstra a discreta maturidade destas profissionais no que concerne ao tempo de formada. Desta forma, há predominância de enfermeiras com certa vivência de trabalho na área da atenção básica, dados que convergem com os encontrados por Roecker, Nunes e Marcon (2013), uma vez que 13 dos 20 enfermeiros participantes formaram-se de 5 meses a 20 anos atrás.

Contradizendo esses resultados, Oliveira e Tavares (2010), em investigação realizada na cidade de Uberaba-MG, encontraram que todos os 12 enfermeiros que participaram da pesquisa, apresentavam até três anos de atuação na ESF. A partir da análise dos fatos aludidos, pode-se inferir que o tempo de atuação na ESF, combinado com o período de formação pode ser um indicativo de ter sido esse o primeiro emprego de algumas dessas profissionais.

A quase totalidade da amostra referiu possuir pós-graduação, sendo que a especialização em Saúde da Família foi também a mais predominante, sendo mencionada por dez enfermeiras. Corroborando o ora citado, estudos revelam que os enfermeiros são os que mais procuram e possuem essa formação em Saúde da Família quando comparados a outras categorias, como a categoria médica, por exemplo (ZANETTI et al., 2010; LOPES et al., 2013).

Essa formação em Saúde da Família permite identificar a procura dos enfermeiros pela sua qualificação profissional na área de atuação. Evidencia-se que os profissionais buscam se qualificar por meio de pós-graduações, principalmente as *lato sensu* ao longo da trajetória profissional e quando passam a atuar na atenção primária, os mesmos se preocupam mais ainda em ter essa formação. Essas informações convergem com a encontrada na literatura, que aponta a preocupação dos enfermeiros inseridos na ESF em realizarem especialização na área (FERREIRA; SCHIMITH; CACERES, 2010).

Essa busca da especialização reflete a necessidade de atender à lógica do mercado competitivo na área da enfermagem e, assim, poder ter mais possibilidades na busca por um emprego, além de ratificar a importância de permanentes capacitações profissionais, em decorrência dos avanços tecnológicos, de novas informações na área da saúde e das diversas necessidades dos usuários que buscam esses serviços (FERNANDES, 2012).

Percebeu-se pelo relato de algumas enfermeiras durante a coleta de dados, que apesar do número de especializações e capacitações, ainda existe, entre as colegas de profissão, um comodismo no que tange à busca por aperfeiçoamento e melhoramento de seu trabalho, uma vez que as mesmas esperam, em grande parte, esta iniciativa por parte dos gestores. Não se quer aqui isentar o papel dos gestores em oferecer tal melhoramento, contudo é imprescindível que os profissionais não apenas desta área, mas de todas, busquem aprimoramento de seus conhecimentos acerca da área em que atuam, para que possam estar assim sempre atualizados e buscando meios de realizar um trabalho de qualidade.

As iniciativas de capacitação visam o aprimoramento profissional, a fim de melhorar a resolutividade dos serviços, contudo, nem sempre essas capacitações atingem seus objetivos com a eficiência esperada, uma vez que fatores como a falta de estímulo financeiro, a falta de um plano de cargos e salários, a longa duração, a ocorrência de cursos fora do horário de serviço e a deficiente infraestrutura, que envolve a falta de organização e as condições do local da capacitação, dificultam a participação de profissionais nessas atividades (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007). As atividades de atualização e aperfeiçoamento permitem ao profissional o conhecimento de novas estratégias de trabalho e de relacionamento interpessoal, abrindo caminhos para a melhoria da qualidade do atendimento (OLIVEIRA et al., 2013).

A análise do tempo despendido para cada consulta evidenciou um tempo inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde (2006b), no qual o enfermeiro deve realizar três consultas por hora (média de 20 minutos por consulta), não havendo distinção entre a consulta nova e a de seguimento. Portanto, as consultas de enfermagem observadas decorreram em um tempo menor que a média estabelecida, porém, como não há agendamento prévio, não há uma organização no tempo de realização dessas consultas também.

No referente à privacidade durante a consulta, havia unidades em que, apesar de não ocorrer interrupção do atendimento, as portas permaneciam apenas encostadas, pois não havia fechadura para trancá-la, gerando certa insegurança à paciente. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) enfatiza que o atendimento à mulher deve ser individual, privativo, garantindo a presença de acompanhante quando ela assim o desejar. Ainda assim, a literatura demonstra a não privacidade durante a consulta ginecológica como fator predisponente à rejeição das usuárias ao exame, uma vez que as mesmas relatam que o mesmo gera bastante desconforto e vergonha (PEREIRA; TAQUETTE; PÉREZ, 2013; JORGE et al., 2011; SOARES et al., 2010).

Nesse liame, traz-se à tona a questão das dificuldades da atuação do gênero masculino diretamente com a Saúde da Mulher, não só no âmbito da pesquisa, mas principalmente na assistência. Os achados da investigação de Duavy et al. (2007) revelam a força da associação do exame à sexualidade e a influência que a mesma exerce na vida da mulher, sendo, dessa forma, produzido um sentimento de vergonha por ter sua genitália examinada, sobretudo quando o profissional de saúde é do sexo masculino.

Quanto aos aspectos essenciais à consulta, a comunicação destacou-se como ponto de partida para um bom relacionamento entre enfermeiro e paciente. Na consulta de enfermagem, especificamente na área de ginecologia, é comum a presença de entraves na comunicação, pois muitas mulheres não expressam de forma natural a sua sexualidade, omitem informações, ou até mesmo desviam a veracidade dos fatos, cabendo ao enfermeiro conduzir de forma eficaz a coleta de dados (LOFEGO; PINHEIRO, 2013; OLIVEIRA et al., 2012a; NICOLAU et al., 2008a).

Nesse contexto, os profissionais de enfermagem se tornam agentes importantes à medida que representam os principais articuladores do processo informação-aprendizado da população submetida à consulta ginecológica, devendo oferecer um serviço humanizado, integral e qualificado, valorizando as queixas da mulher e disponibilizando-se a ouvi-la (FROTA; OLIVEIRA; BARROS, 2013).

Nicolau et al. (2008) concluíram que a consulta realizada por enfermeiros representa uma oportunidade ímpar de interação profissional-cliente, na qual várias dúvidas podem ser sanadas, além de o profissional aproveitar essa oportunidade para identificar possíveis fatores de risco para os agravos, situação pouco observada durante os atendimentos das enfermeiras no presente estudo. Ainda assim, Silva e Vargens (2013) ressaltam que a construção de vínculos entre enfermeiro e cliente é alicerce imprescindível ao estabelecimento de um atendimento humanizado em ginecologia.

Ainda fazendo alusão aos fatores de risco para o CCU, Eduardo et al. (2012), em estudo desenvolvido em 13 USF de São Gonçalo do Amarante-CE, verificaram vulnerabilidades para este câncer em todas as 390 usuárias do serviço, alertando para o fortalecimento do papel do enfermeiro como incentivador do protagonismo feminino na prevenção desse agravo.

A lavagem das mãos com água e sabão, antes e após o exame, e a secagem com toalha de papel é medida de biossegurança necessária, entretanto se verificou que muitas profissionais não se utilizaram dessa técnica, principalmente antes do contato com a paciente. Estudo congênere realizado com enfermeiros durante a coleta de exame de Papanicolaou

demonstrou que nenhum dos sujeitos realizou a lavagem das mãos antes do procedimento (EDUARDO et al., 2008).

A literatura ainda ressalta que apesar de reconhecerem a importância da lavagem das mãos enquanto medida de prevenção de infecções, grande parte dos profissionais não se preocupa ou nem mesmo se lembra desse passo no momento que antecede a prestação do cuidado (GUEDES et al., 2012; REZENDE et al., 2012).

Ainda assim, a lavagem das mãos após o exame apresentou resultado discretamente satisfatório. Estudos demonstram que a maior adesão dos profissionais à higienização das mãos após o cuidado ao paciente e contato com fluidos corporais representa mais uma prática de autocuidado do que uma prática de cuidado com o paciente (BATHKE et al., 2013; LEE et al., 2011; OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010).

Salienta-se também que em algumas USF as pias e/ou torneiras estavam danificadas, fato que realça a carência de um mínimo necessário a uma assistência de qualidade. Essa realidade, entretanto, não justifica os resultados encontrados, uma vez que, segundo a literatura vigente, em condições como essas é aconselhável o uso do álcool em gel, uma vez que o mesmo apresenta excelente resultado na higienização das mãos, alternativa que não foi utilizada pela população estudada (JARDIM et al., 2013; O'GRADY et al., 2011).

Observou-se ainda, dentro das condições expostas acima, certa insatisfação das profissionais com a atuação das matrizes que as coordenam, principalmente, no aspecto referente à carência de recursos materiais e condições de trabalho inapropriadas à coleta citológica ideal. Isto é importante para o desenvolvimento do trabalho das mesmas, que precisam de subsídios facilitadores e melhoradores das condições de atuação na ESF.

Pode-se proporcionar maior conforto à mulher durante o exame preventivo pela simples atitude de explicar-lhe os passos do procedimento e certificar-se de que a mesma está com a bexiga vazia, contudo, no grupo estudado, poucas enfermeiras tiveram esses cuidados, resultado já evidenciado também em investigação com sete enfermeiros da ESF do município de Maranguape-CE, em que nenhum participante investigou o esvaziamento da bexiga antes do exame e somente em 38,1% dos casos explicaram o procedimento (EDUARDO et al., 2007).

Embora tenha sido encontrado, na presente investigação, um grande quantitativo de atualizações profissionais em ginecologia, durante a análise dos resultados, pôde-se perceber que a maior parte das avaliadas não se preocupou com o preparo da cliente para a realização do exame, ressalta-se a importância do resgate de práticas mais acolhedoras e holísticas para que desse modo se possa contribuir com a qualidade do atendimento à mulher.

Além disso, apesar de a maioria das enfermeiras cobrir as usuárias, coloca-se em destaque o fato de que em algumas unidades o lençol é único para todas as pacientes, bem como o lençol que cobre a mesa ginecológica. No caso deste último, observa-se que a maioria das enfermeiras utiliza papel toalha ou recortes de papel madeira para evitar que o lençol molhe ou suje durante o procedimento, situação ratificada por Oliveira, Moura e Diógenes (2010).

Apesar de contido na consulta ginecológica, o exame clínico das mamas não foi foco deste estudo, no entanto os dados reunidos revelaram a carência das ações de prevenção do câncer de mama feminino. A propedêutica de inspeção, palpação das mamas e expressão suave dos mamilos se mostraram insatisfatórias, uma vez que a literatura é unânime com relação à relevância da realização do exame clínico das mamas pelos profissionais de saúde, oportunamente durante o momento da consulta ginecológica. Em anuência, Leite et al. (2012) reforçam que os enfermeiros e ACS devem estar atentos à realização do autoexame das mamas, avaliar a realização por parte da população e prover oficinas e atividades de educação e informação em saúde.

Ainda assim, Carvalho et al. (2008), em documental que investigou registros nos prontuários referentes a 200 atendimentos ginecológicos, evidenciaram que o exame clínico das mamas foi registrado em 70% dos atendimentos de enfermagem, demonstrando valor divergente ao encontrado na presente casuística.

A atuação das enfermeiras foi totalmente condizente com a literatura no que diz respeito a não utilização de lubrificantes durante a introdução do espécuro, sendo que o mesmo só deve ser utilizado, excepcionalmente, em idosas que estejam com ressecamento vaginal, recomendando-se molhar o espécuro com soro fisiológico (BRASIL, 2013). Todavia, algumas profissionais introduziram o espécuro incorretamente, o que reduziu o percentual ideal correspondente a essa etapa.

A análise dos recursos humanos disponíveis no município para atuação na área da prevenção do CCU evidencia que o atendimento está centrado no trabalho da Enfermagem, já que em todas as ESF há atuação desse profissional. Mesmo diante desta realidade, a cidade de Picos ainda não possui protocolos específicos de atenção à saúde da mulher nesse aspecto, a exemplo da abordagem sindrômica, que os enfermeiros não têm respaldo para fazer e mesmo assim a fazem, ressaltando-se que as poucas enfermeiras que se utilizam dessa ação nem sempre a fazem de forma adequada, evidenciando-se a necessidade de um processo de capacitação constante.

A situação apresentada diverge significativamente de outras regiões do país, onde se observa que os enfermeiros fazem abordagem sindrômica, pois tem respaldo legal para isso, mesmo que às vezes se sintam inseguros para tal, evidenciando necessidade premente de maiores investimentos em fortalecimento da atuação da enfermagem, contribuindo, assim, para o diagnóstico precoce, melhor prognóstico e interrupção da cadeia de transmissão de patógenos (MATOS et al., 2013).

A análise da coleta de material da endo e ectocérvice demonstrou que nem todas a realizam conforme a literatura (BRASIL, 2013). Nesse contexto, sabe-se que apenas o lado da espátula que apresenta reentrância deve ser utilizado para coleta de material, entretanto, verificou-se profissionais utilizando as duas extremidades da mesma. Eduardo et al. (2008) avaliaram o desempenho de enfermeiras na coleta de material para exame preventivo em 21 situações, destas, a coleta com a espátula se deu em conformidade com a literatura em 95,2% das consultas e a coleta, com giro de 180° por meio da escova endocervical, foi realizada corretamente em 52,4% dos procedimentos, corroborando com achados deste estudo.

O preparo dos esfregaços em lâmina se dispôs corretamente em parcela significativa das consultas, contudo em alguns casos se constatou que as pesquisadas desconheciam a forma (sentido) de colocação do material na lâmina, pois se testemunhou superposição celular e, além disso, que as mesmas não seguiam uma orientação uniforme e suave, podendo acarretar destruição de células, interferindo, conseqüentemente, na qualidade do esfregaço.

Nesse contexto, Silveira et al. (2013) expuseram, em estudo desenvolvido no Laboratório Central de Saúde Pública do Maranhão (LACEN - MA), que os fatores que comprometeram a qualidade de 161 esfregaços cervicais, tornando-os insatisfatórios, foram a superposição celular e células danificadas, reforçando a casuística em questão. Os autores também alertam que um esfregaço insatisfatório pode potencialmente ocultar alterações celulares significativas.

Para compreender melhor a atuação da enfermagem durante a consulta ginecológica, é relevante ressaltar em que condições estes atendimentos ocorrem, para contextualizar os dados analisados, pois a organização do serviço é primordial para que seja prestada uma assistência de qualidade. Para a realização da coleta citológica adequada, o enfermeiro necessita ter em mãos materiais como pinça de Cheron, ácido acético a 5%, lugol, fita de pH e o porta lâmina contendo álcool etílico a 95% (OLIVEIRA, 2012). Porém, os mesmos não estavam disponíveis em nenhuma das USF avaliadas.

Observa-se que foi unânime a aplicação do fixador na lâmina. Uma realidade no município estudado é a utilização de um tubo único para colocar várias lâminas de pacientes diferentes, o que não condiz com o ideal (BRASIL, 2013). Em acordo, Oliveira, Moura e Diógenes (2010) vivenciaram a mesma situação ao aplicarem o IMD por meio de observação não participante de sete enfermeiros da ESF do município de Paraipaba-CE.

A retirada do espéculo feita de forma inadequada em algumas das consultas foi atribuída ao pinçamento do colo uterino, provocando desconforto à usuária. O espéculo deve ser retirado com o mesmo cuidado tido durante sua introdução, evitando prender o colo entre as “abas” do instrumental, causando incômodo à paciente. Sua retirada aberta causaria dor e traumatismo uretral (OLIVEIRA; MOURA; DIÓGENES, 2010).

Concluída a coleta de material para o exame de Papanicolaou, o espéculo é retirado e sendo descartável deve ser desprezado juntamente com os outros materiais, também descartáveis, em locais apropriados (OLIVEIRA; MOURA, 2009). Os mesmos autores verificaram gerenciamento inadequado dos resíduos descartáveis contaminados em 100% das situações observadas, valor este que não condiz com o observado na presente pesquisa, que apresentou resultados positivos. Salvo o caso isolado de uma unidade que não possuía balde para desprezar o material contaminando, sendo o mesmo jogado em caixa de papelão, sem nenhum saco com identificação de lixo contaminado, pondo em risco a saúde da comunidade, uma vez que este seria desprezado juntamente com os resíduos comuns.

Vale ressaltar que somente em 29,6% das consultas as enfermeiras identificaram e deram seguimento às usuárias conforme as necessidades, excetuando-se a metade dos casos, em que não houve necessidade já que as mulheres não apresentaram nenhuma alteração, queixa ou necessidade aparente de um encaminhamento para atendimento especializado.

Mediante esses fatos, a prática da consulta ginecológica pela enfermagem, no que tange à prevenção do CCU, deve se basear na premissa da qualidade, entendendo que o enfermeiro com conhecimento da evolução das alterações cervicais e de sua classificação com as principais condutas indicadas para cada caso, se torna um grande aliado na luta contra os altos índices dessa neoplasia, que ainda assola a população feminina brasileira (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

Existiu relação clara entre o tempo dispensado para o atendimento e o número de procedimentos realizados corretamente pelas profissionais na consulta, refletindo na qualidade do atendimento prestado, o que já era esperado, uma vez que para realizar um máximo de etapas da consulta, necessariamente, demanda-se mais tempo. Estudo realizado no Rio de Janeiro ratifica a importância do tempo transcorrido de cada consulta como fator

determinante da satisfação da cliente e da otimização do cuidado e dos custos (PEREIRA; TAQUETTE; PÉREZ, 2013; OLIVEIRA et al., 2012a; MARGARIDO; CASTILHO, 2006).

Nessa conexão, um estudo qualitativo, desenvolvido em Fortaleza, observou que as sete enfermeiras entrevistadas procuram conversar, escutar a usuária e utilizaram diversas formas de tecnologia na educação e promoção da saúde, facilitando a comunicação interpessoal e a descontração durante a consulta ginecológica, todavia, pelos discursos, percebeu-se que o fator tempo foi considerado como um empecilho no processo de comunicação durante as consultas (TEIXEIRA et al., 2009).

Contudo, verificou-se também que o tempo de atuação na ESF, o tempo de trabalho na USF atual e o número de atendimentos por dia não influenciaram na qualidade do atendimento prestado. Entretanto, Lopes et al. (2013) acreditam que o tempo de atuação na ESF, bem como a capacitação nessa área, pode contribuir para a construção de concepções a respeito do que seja promoção da saúde, fator determinante para um atendimento dentro dos padrões esperados.

O tempo de experiência profissional longo se mostra como um indicativo de dificuldades para prestar um atendimento ginecológico de qualidade, levando-se a acreditar que os conceitos aprendidos durante a formação e após, através de capacitações na área, hoje se tornaram obsoletos. Há de se destacar a lacuna deixada na formação da graduação e da educação continuada dessas enfermeiras, uma vez que conceitos de promoção de saúde, educação em saúde, acolhimento e integralidade, imprescindíveis a uma consulta de enfermagem, não eram vivenciados com a veemência atual.

Apesar dos resultados discutidos, ressalta-se a escassez na literatura sobre a associação de características profissionais de enfermeiros com o desempenho dos mesmos para durante as consultas ginecológicas, ficando evidente a necessidade de se pesquisar mais sobre a temática com o intuito de averiguar qual impacto tal relação poderá ter/trazer para a qualidade dos exames e, conseqüentemente, para a detecção precoce do CCU. Destarte, afirma-se que os resultados encontrados eram desconhecidos até então, e, portanto, houve dificuldade em encontrar estudos comparativos.

7 CONCLUSÃO

Diante do estudo realizado, cumpre reforçar alguns pontos basilares. Os objetivos da presente pesquisa foram alcançados, apresentando resultados que propiciaram avaliar, de fato, a qualidade da consulta ginecológica realizada pelas enfermeiras da zona urbana de Picos-PI. Os dados coletados isoladamente foram associados entre si, objetivando extrair-se com a maior fidelidade possível a realidade vivida em cada USF, bem como pela amostra como um todo.

Mais especificamente, o perfil sociodemográfico e profissional revelaram predominância de profissionais do sexo feminino, jovens, com renda familiar entre oito e dez salários mínimos, casadas, com tempo de trabalho e de formação relativamente semelhantes, com cursos de especialização e capacitação em Saúde da Mulher, Saúde da Família e Saúde Pública, principalmente.

Considerando os critérios selecionados para a avaliação e os padrões de referência adotados no presente estudo, o IMD mostrou-se eficaz como instrumento para avaliação, indicando caminhos para a melhoria da qualidade do serviço e, assim, pôde-se concluir que o serviço de saúde de Picos tem atendido à clientela com um grau de qualidade técnico-científica, em geral, regular. Por outro lado, a inadequação ou insuficiência de alguns aspectos detectados denotam a necessidade de reforço das ações de educação em saúde voltadas às mulheres e de atualização dessas profissionais nesse aspecto.

Esse foi o cenário em que a pesquisa se desenvolveu. Os êxitos foram alcançados, porém, deve-se frisar que se apresentaram certas dificuldades. Uma já previstas pelo pesquisador, outras imprevistas, porém contornáveis. A principal dificuldade encontrada foi a busca por artigos nas bases de dados que tratassem do mesmo objetivo geral deste estudo, para fins de comparação e para que tivesse um embasamento teórico mais preciso. Ainda assim, trabalhar com a saúde sexual impõe limitações e envolve questões amplamente discutidas e complexas, entretanto, mesmo com vasta literatura, ainda não é encarada com naturalidade e esse talvez seja um avanço a passos lentos, exigindo estratégias cada vez mais inovadoras e acolhedoras.

Alguns empecilhos influenciaram nos números finais desta pesquisa: o primeiro ponto foi o tempo que decorreu no levantamento dos dados, devido à periodicidade semanal das consultas e coincidência dos dias e horários marcados em várias das USF. Além disso, a resistência das usuárias em permitir a permanência do pesquisador em sala durante a consulta foi outro fator que por vezes dificultou a conclusão da coleta de dados. As peculiaridades regionais, como ESF localizadas em locais de difícil acesso, somado à dificuldade de

deslocamento de uma USF à outra, levava a um número de coleta menor que o previsto para o dia, sendo este um fator que também desfavoreceu o período de coleta.

Aliada à observação das ações implementadas pelas enfermeiras, percebeu-se que nem todos os materiais básicos necessários estão disponíveis, impossibilitando a realização de um atendimento de qualidade, pondo em risco até mesmo a confiabilidade do exame. Na realidade, os profissionais de saúde devem ir além de um exame tecnicamente bem feito; devem cumprir também seu papel educativo para propiciar a mudança de comportamento da população em relação ao câncer.

Às enfermeiras, então, importa introduzir esses esclarecimentos em suas atuações, para que a consulta de enfermagem em ginecologia seja, de fato, uma aliada dos profissionais e usuárias, e não uma “cilada” à saúde. Para tanto, pretende-se apresentar a casuística em questão aos protagonistas dessa ação, os enfermeiros do município, a fim de que conheçam e criem estratégias conjuntas de mudanças de atitude frente ao exercício da enfermagem conforme se preconiza, refletindo diretamente nos indicadores de saúde.

Sendo assim, recomenda-se que se desenvolvam outros estudos avaliativos com profissionais da atenção básica, com o intuito de averiguar se as ações desses profissionais são condizentes com o que se determina a literatura, além de verificar se características como tempo de formação profissional e tempo de trabalho influenciam ou não na qualidade da assistência prestada, disseminando, assim, informações sobre estratégias de atuação para estes e para as gerações de enfermeiros que estão por vir.

REFERÊNCIAS

- ARZUAGA-SALAZAR, M. A.; SOUZA, M. L.; MARTINS, H. E. L.; LOCKS, M. T. R.; MONTICELLI, M.; PEIXOTO, H. G. Câncer de colo do útero: mortalidade em Santa Catarina – Brasil, 2000 a 2009. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 541-546, 2011.
- BATHKE, J.; CUNICO, P. A.; MAZIERO, E. C. S.; CAUDURO, L. F. L.; SARQUIS, L. M. M.; CRUZ, E. D. A. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 2, p. 78-85, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n2/v34n2a10.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.
- BRANDONI JUNIOR, D. A.; HECK, R. M.; CEOLIN, T.; VIEGAS, C. R. S. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 1, p. 41-50, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2010**: incidência de câncer no Brasil. 2010. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 01 out. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2012**: incidência de câncer no Brasil. 2012. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>. Acesso em: 09 out. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino - serviço. 2002. p. 148. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap3.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Caderno de atenção básica, n. 13. 2. ed. Brasília, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual prático para elaboração de projetos para unidades de saúde**. Governo do Estado do Espírito Santo. Espírito Santo, 2006b.
- _____. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento**: Avaliação do Pacto pela Saúde. 2012. Disponível em <www.saude.gov.br/sispacto>. Acesso em: 15 jan. 2013.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse dos resultados do Censo 2010**. 2010. disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=22&cod2=220800&cod3=22&frm=urb_rur>. Acesso em: 01 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP. **Resolução nº 196/96** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BUDÓ, M. L. D.; MATTIONE, F. C.; MACHADO, T. S.; RESSEL, L. B.; LOPES, L. F. D. Quality of life and health promotion through the perspective of the users of the family health strategy. **Online Braz J Nurs**, v. 7, n. 1. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/j.16764285.2008.1104/291>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

CARVALHO, A. L. S.; NOBRE, R. N. S.; LEITÃO, N. M. A.; VASCONCELOS, C. T. M.; PINHEIRO, A. K. B. Avaliação dos registros das consultas de enfermagem em ginecologia. **Rev Eletr de Enferm**, v. 10, n. 2, p. 472-483, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a18.htm>>. Acesso em: 29 ago. 2013.

CARVALHO, M. C. M. P.; QUEIROZ, A. B. A. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 617-624, 2010.

CELEDÔNIO, R. M. **Educação permanente do enfermeiro na perspectiva do cuidado em saúde e da clínica para atenção básica**. 2012. 123 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Metodologia de melhoria qualidade da atenção à saúde**: instrumento de melhoria do desempenho. 2. ed. Fortaleza: SESA-CE; 2005.

CORRÊA, A. C. P.; ARAÚJO, E. F.; RIBEIRO, A. C.; PEDROSA, I. C. F. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14, n. 1, p. 171-180, 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a20.htm>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

COSTA, S. M.; PRADO, M. C. M.; ANDRADE, T. N.; ARAÚJO, E. P. P.; SILVA JUNIOR, W. S.; GOMES FILHO, Z. C.; et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 8, n. 27, p. 90-96, 2013. Disponível em: <<http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/530/552>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: _____. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 39-53.

DANTAS, C. N.; ENDERS, B. C.; SALVADOR, P. T. C. O.; ALVES, K. Y. A. A consulta de enfermagem na prevenção do câncer cérvico-uterino para mulheres que a vivenciaram. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, p. 591-600, 2012.

DUARTE, S. J. H.; FERREIRA, S. F.; SANTOS, N. C. Desafios de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na implantação do Programa Saúde do Adolescente. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 2, p. 479-486, 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18179>>. Acesso em: 21 ago. 2013.

DUAVY, L. M.; BATISTA, F. L. R.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, J. B. F. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 733-742, 2007.

EDUARDO, K. G. T.; MOURA, E. R. F.; NOGUEIRA, P. S. F.; COSTA, C. B. J. S.; PINHEIRO, A. K. B.; SILVA, R. M. Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para câncer de colo uterino. **Rev Rene**, v. 13, n. 5, p. 1045-1055, 2012.

EDUARDO, K. G. T.; FERREIRA, E. R. M.; PINHEIRO, A. K. B.; XIMENES, L. B. Utilização do instrumento de melhoria de desempenho na avaliação do exame de papanicolau por enfermeiros. **Cogitare Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 329-335, 2008.

FELIPE, G. F.; MOREIRA, T. M. M.; SILVA, L. F.; OLIVEIRA, A. S. S. Consulta de enfermagem ao usuário hipertenso acompanhado na atenção básica. **Rev Rene**, v. 12, n. 2, p. 287-294, 2011.

FERNANDES, J. S.; MIRANZI, S. S. C.; IWAMOTO, H. H.; TAVARES, D. M. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 434-442, 2010.

FERNANDES, M. C. **Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: enfoque na gerência do cuidado**. 2012. 108 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CACERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2611-2620, 2010.

FORMOZO, G. A.; OLIVEIRA, D. C.; COSTA, T. L.; GOMES, A. M. T. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 1, p. 124-127, 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W.; PASSOS, E. P. **Rotinas em ginecologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

FROTA, N. M.; OLIVEIRA, R. G.; BARROS, L. M. Auditoria dos registros das consultas de enfermagem em ginecologia. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 2, n. 2, p. 21-26, 2013.

GAMARRA, C. J.; VALENTE, J. G.; SILVA, G. A. Correção da magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil, 1996–2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 629-638, 2010a.

GAMARRA, C. J.; VALENTE, J. G.; SILVA, G. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 28, n. 2, p. 100–106, 2010b.

GONZAGA, C. M. R.; FREITAS-JUNIOR, R.; BARBARESCO, A. A.; MARTINS, E.; BERNARDES, B. T.; RESENDE, A. P. M. Tendência da mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil: 1980 a 2009. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 599-608, 2013.

GÖTTEMS, L. B. D.; SANTOS, N. R. C.; SOUZA, S. F. O.; MORAIS, T. C. P.; SANTANA, J. A.; PIRES, M. R. G. M. Análise da rede de atenção ao câncer de colo uterino a partir da trajetória de usuárias no Distrito Federal-BR. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n. 2, 2012.

GUEDES, M.; MIRANDA, F. M. D.; MAZIERO, E. C. S.; CAUDURO, F. L. F.; CRUZ, E. D. A. Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 304-309, 2012.

GUIMARÃES, J. A. F.; AQUINO, P. S.; PINHEIRO, A. K. B.; MOURA, J. G. Pesquisa brasileira sobre prevenção do câncer de colo uterino: uma revisão integrativa. **Rev Rene**, v. 13, n. 1, p. 220-230, 2012.

JARDIM, J. M.; LACERDA, R. A.; SOARES, N. J. D.; NUNES, B. K. Avaliação das práticas de prevenção e controle de infecção da corrente sanguínea em um hospital governamental. **Rev. esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 1, p. 38-45, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a05v47n1.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

JORGE, R. J. B.; SAMPAIO, L. R. L.; DIÓGENES, M. A. R.; MENDONÇA, F. A. C.; SAMPAIO, L. L. Fatores associados a não realização periódica do exame papanicolaou. **Rev. Rene**, v. 12, n. 3, p. 606-612, 2011.

LEITE, F. M. C.; GONÇALVES, C. R. A.; AMORIM, M. H. C.; BUBACH, S. Diagnóstico de câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 342-347, 2012.

LEE, A.; CHALFINE, A.; DAIKOS, G. L.; GARILLI, S.; JOVANOVIC, B.; LEMMEN, S.; et al. Hand hygiene practices and adherence determinants in surgical wards across Europe and Israel: a multicenter observational study. **Am. J. Infect. Control.**, v. 39, n. 6, p. 517-520, 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área de envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOFEGO, J.; PINHEIRO, R. Comunicação e informação no controle do câncer de colo uterino no Brasil: uma análise sob perspectiva da integralidade em saúde. **Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, v. 6, n. 4, p. ?, 2013.

LOPES, M. S. V.; MACHADO, M. F. A. S.; BARROSO, L. M. M.; MACÊDO, E. M. T.; COSTA, R. P.; FURTADO, L. C. S. Promoção da saúde na percepção de profissionais da estratégia saúde da família. **Rev Rene**, v. 14, n. 1, p. 60-70, 2013.

MAHL, C.; TOMASI, E. Estratégia Saúde da Família na 19ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. **Ciência et Praxis**. v. 2, n. 4, p. 19-26, 2009. Disponível em: <<http://www.fip.fespmg.edu.br/ojs/index.php/scientae/article/view/186/67>>. Acesso em: 17 ago 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARGARIDO, E. S.; CASTILHO, V. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 3, p. 427-433, 2006.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A. C.; LEITE, M. M. J. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto contexto - enferm.**, v.15, n.3, p. 472-478, 2006.

MARTINS, M. B.; ARAÚJO, T. P. F.; FERREIRA, L. B.; PEIXOTO, H. M. Qualidade de vida dos enfermeiros da atenção primária à saúde de Brasília – DF. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 2, p. 293-302, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/497/pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

MATOS, M. A.; CAETANO, K. A. A.; FRANÇA, D. D. S.; PINHEIRO, R. S.; MORAES, L. C.; TELES, A. S. Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis em mulheres que comercializam sexo em rota de prostituição e turismo sexual na região central do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 4, 7 telas, 2013.

MEIRA, K. C. **Mortalidade por câncer de colo de útero no município do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2006**. 2009. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

MELO, S. C. C. S.; PRATES, L.; CARVALHO, M. D. B.; MARCON, S. S.; PELLOSO, S. M. Alterações citopatológicas e fatores de risco para a ocorrência do câncer de colo uterino. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 4, p. 602-608, 2009.

MENDONÇA, V. G.; LORENZATO, F. R. B.; MENDONÇA, J. G.; MENEZES, T. C.; GUIMARAES, M. J. B. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade do Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 5, p. 248-255, 2008.

MICHEL, M. H. **Metodologia em pesquisa científica em ciências sociais**: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos. São Paulo: Atlas, 2005.

MISTURA, C.; MISTURA, C.; SILVA, R. C. C.; SALES, J. L. P.; MELO, M. C. P.; SARMENTO, S. S. Papel do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino na estratégia saúde da família. **Rev. Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, p. 1161-1164, 2011.

MOURA, E. R. F.; LEITÃO, G. C. M. Importância do marco referencial e dos conceitos para um projeto de qualidade em saúde. **Rev. Eletron. Enferm.**, 2000. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 21 nov. 2012.

NICOLAU, A. I. O.; AQUINO, P. S.; FALCÃO JÚNIOR, J. S. P.; PINHEIRO, A. K. B. Construção de instrumento para a consulta de enfermagem em ginecologia com prostitutas. **Rev. Rene**, v. 9, n. 4, p. 91-98, 2008a.

NICOLAU, A. I. O.; AQUINO, P. S.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Perfil gineco – obstétrico e realização do exame de prevenção por prostitutas de Fortaleza. **Rev. Rene**, v. 9, n. 1, p. 103-110, 2008b.

O'GRADY, N. P.; ALEXANDER, M.; BURNS, L. A.; DELLINGER, E. P.; GARLAND, J.; HEARD, S. O.; et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. **Am. J. Infect. Control.**, v. 52, n. 9, p. 162-193, 2011.

OLIVEIRA, P. E. **A visão das pacientes e dos profissionais de saúde sobre o processo de adoecimento no tratamento do câncer de colo de útero**. 2012. 52f. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

OLIVEIRA, S. K. P.; QUEIROZ, A. P. O.; MATOS, D. P. M.; MOURA, A. F.; LIMA, F. E. T. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm**, v. 65, n. 1, p. 155-161, 2012a.

OLIVEIRA, A. M.; POZER, M. Z.; SILVA, T. A.; PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R. Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 240-245, 2012b.

OLIVEIRA, N. E. S.; OLIVEIRA, L. M. A. C.; LUCCHESI, R.; ALVARENGA, G. C.; BRASIL, V. V. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 2, p. 334-343. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17916>>. Acesso em: 29 ago. 2013.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 774-781, 2010.

OLIVEIRA, A. C.; CARDOSO, C. S.; MASCARENHAS, D. Contact precautions in intensive care units: facilitating and inhibiting factors for professionals' adherence. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 161-165, 2010.

OLIVEIRA, N. C.; MOURA, E. R. F.; DIÓGENES, M. A. R. Desempenho de enfermeiras na coleta de material cervico-uterino para exame de Papanicolaou. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 3, p. 385-391, 2010.

OLIVEIRA, N. C.; MOURA, E. R. F. Precauções básicas e gerenciamento de resíduos na coleta para o exame de papanicolaou. **Rev. Rene**, v. 10, n. 3, p. 19-26, 2009.

PEREIRA, S. M.; TAQUETTE, S. R.; PEREZ, M. A. Consulta ginecológica sob a ótica de estudantes do ensino médio do Rio de Janeiro, RJ. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 2-10, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v47n1/02.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

PERETTO, M.; DREHMER, L. B. R.; BELLO, H. M. R. O não comparecimento ao exame preventivo do câncer de colo uterino: razões declaradas e sentimentos envolvidos. **Cogitare enferm.**, v. 17, n. 1, p. 29-36, 2012.

PETERLINI, O.; ZAGONEL, I. Explorando a avaliação: um instrumento básico para o gerenciamento do cuidado em saúde coletiva. **Cogitare Enferm.**, v. 8, n. 2, p. 18-25, 2003.

PICOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório 2012**. Picos: SMS-PI, 2012.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REZENDE, K. C. A. D.; TIPPLE, A. F. V.; SIQUEIRA, K. M.; ALVES, S. B.; SALGADO, T. A.; PEREIRA, M. S. Adesão à higienização das mãos e ao uso de equipamentos de proteção pessoal por profissionais de enfermagem na atenção básica em saúde. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 11, n. 2, p. 343-351, 2012.

ROCHA, B. S.; MUNARI, D. B.; BEZERRA, A. L. Q.; MELO, L. K. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 2, p. 229-233, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a16.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

ROECKER, S.; NUNES, E. F. P. A.; MARCON, S. S. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.**, v. 22, n. 1, p. 157-165, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_19.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2013.

RODRIGUES, A. D.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero em município de porte médio da Região Sudeste do Brasil, 1980-2006. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 241-248, 2011.

RODRIGUES, A. M. X.; BARBOSA, M. L.; MATOS, M. D. L. P. Importância do exame papanicolaou no diagnóstico precoce de câncer do colo do útero. **Revista Multiprofissional em Saúde do Hospital São Marcos**, v. 1, n. 1, p. 58-65, 2013.

SANTOS, F. A. P. S.; BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A. Exame papanicolaou: avaliação da qualidade do esfregaço cervical. **Rev Rene**, v. 12, n. 3, p. 645-648, 2011.

SILVA, G. A.; GAMARRA, C. J.; GIRIANELLI, V. R.; VALENTE, J. G. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1009-1018, 2011.

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev Eletrônica Enferm.**, v. 9, p. 2, p. 389-401, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>>. Acesso em: 21 ago 2013.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. Estratégias para a desmedicalização na consulta de enfermagem ginecológica. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 1, p. 127-130, 2013.

SILVEIRA, L. M. S.; MORAIS, H. A.; PINHEIRO, V. M. F.; RABELO, R. M. C. Avaliação de esfregaços cérvico-vaginais insatisfatórios como rotina de controle interno da qualidade. **NewsLab**, v. 116, n. 2, p. 72-80, 2013. Disponível em: <http://www.newslab.com.br/newslab/revista_digital/116/revista.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2013.

SOARES, M. C.; MISHIMA, S. M.; MEINCKE, S. M. K.; SIMINO, G. P. R. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 90-96, 2010.

TEIXEIRA, R. A.; VALENTE, J. G.; FRANÇA, E. B. Mortalidade por câncer de colo do útero no estado de Minas Gerais, Brasil, 2004-2006: análise da magnitude e diferenciais regionais de óbitos corrigidos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 549-559, 2012.

TEIXEIRA, C. A. B.; SILVA, R. M.; RODRIGUES, M. S. P.; LINARD, A. G.; DIÓGENES, M. A. R.; MENDONÇA, F. A. C. Comunicação interpessoal como instrumento que viabiliza a qualidade da consulta de enfermagem ginecológica. **Rev. APS**, v. 12, n. 1, p. 16-28, 2009.

VASCONCELOS, C. T. M.; DAMASCENO, M. M. C.; LIMA, F. E. T.; PINHEIRO, A. K. B. Revisão integrativa das intervenções de enfermagem utilizadas para detecção precoce do câncer cérvico-uterino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, 8 telas, 2011.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. **Rev Rene**, v. 13, n. 2, p. 375-385, 2012.

VILLELA, L. C. M.; GALASTRO, E. P.; FREITAS, M. E. A.; SANTOS, M. S. G.; NOTARO, K. A. M. Tempo de atuação do profissional enfermeiro – Minas Gerais. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 248-250, 2011.

ZANETTI, T. G.; VAN DER SAND, I. C. P.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF, A. W., ABREU, P. B. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de Equipes de Saúde da Família: um estudo de caso. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados (Formulário)

Codificação: _____

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA			
1. USF: _____			
2. Idade: _____ anos	4. Sexo: () Masculino () Feminino	5. Raça/cor da pele: () Branca () Parda () Negra () Outra: _____	6. Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Outro: _____
3. Renda familiar mensal: R\$ _____			

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL	
7. Tempo de trabalho na ESF: _____	9. Especialização: () Sim: _____ () Não
8. Tempo de formação: _____	
10. Curso de capacitação: () Saúde da mulher () Estratégia Saúde da Família () Outro: _____	11. Quantidade de mulheres agendadas para realização de consulta ginecológica no dia do atendimento: _____

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

Título do projeto: *Avaliação da qualidade da consulta ginecológica realizada por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família.*

Pesquisador responsável: Profa. Ms. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

Pesquisador participante: Lourival Gomes da Silva Júnior

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / CSHNB / Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (089) 3422 1021 (Coordenação)

Você está sendo convidado (a) para participar, como **voluntário (a)**, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão! Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso recuse, você não será penalizado(a) de forma alguma. Esta pesquisa trata-se de um estudo observacional, avaliativo, analítico e transversal. Seu principal objetivo é avaliar a qualidade da consulta ginecológica realizada por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família da cidade de Picos.

Para coletar os dados será utilizado dois instrumentos (formulário e *check list*) com perguntas fechadas (objetivas) de fácil compreensão. A aplicação se dará através da observação sistemática e direta da sua atuação, no seu respectivo campo de trabalho. O IMD é composto de 24 procedimentos que descrevem passo a passo a consulta ginecológica. Como parâmetro de avaliação, quando o procedimento for realizado adequadamente o mesmo será categorizado como SIM; quando não for realizado, ou for realizado inadequadamente, será categorizado como NÃO; e quando a situação específica de um atendimento não se fizer necessária à realização de um determinado passo, este será categorizado como NÃO SE APLICA. Para a aplicação do mesmo serão realizadas visitas semanais, sendo observados três atendimentos realizados por você, com a finalidade de evitar falsas avaliações.

Vale ressaltar que:

1. A pesquisa não trará riscos, desconforto ou qualquer tipo de prejuízo a você;
2. O preenchimento do instrumento não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você;
3. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas;
4. Não é necessária a identificação do participante. Assim, será respeitado o sigilo e a confidencialidade da pesquisa.
5. A coleta das informações acontecerá no período de julho e agosto de 2013, mas você tem o direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____, n.º de matrícula na instituição _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “*Avaliação da qualidade da consulta ginecológica realizada por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família*”, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o pesquisador participante Lourival Gomes da Silva Júnior sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento nesta instituição.

Local e data	Assinatura do sujeito ou responsável
---------------------	---

TESTEMUNHAS (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar:

Nome:	RG/CPF:
Assinatura:	
Nome:	RG/CPF:
Assinatura:	

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Andressa Suelly Saturnino de Oliveira
Pesquisador Responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga.

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI
 tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXOS

ANEXO A - Unidades de Saúde da Família de Picos

ZONA URBANA		
UNIDADE	ÁREA ADSCRITA	ENDEREÇO
Dona Santa Nunes	Morada do Sol	Av Deputada Francisca Trindade, s/n.
Pedrinhas	Pedrinhas	Rua Lírio Baldoíno, s/n.
Paraibinha	Paraibinha, Malhada Grande	Conjunto Petrônio Portela II, 375
Parque de Exposição	Parque de exposição	Rua Francisco Matias dos Santos, s/n
Cohab II – Pantanal	Pantanal, Jardim Natal, Condurú, unha de gato	Conjunto Waldemar de Moura Santos, 40
Malvinas II - São Sebastião	São Sebastião, Malvinas	Rua Francisco Prata, s/n
Catavento	Catavento	Rua Projetada 148, nº 1650, bairro catavento
Ipueiras	Ipueiras, Morro da Macambira, Saco dos morcegos	Rua Jucelino Araújo, s/n
Dr. Antenor Neiva	Centro	Avenida Nossa Senhora de Fátima, s/n
Belo Norte	Belo Norte, Oitis, Gameleira, Angico Branco, Cabaças	Rua João Borges Leal, s/n
Aerolândia	Aerolândia	Av. Perimetral, 365. Bairro Aerolândia
Malvinas I – PAIM	Malvinas	Rua São Sebastião, s/n
Paroquial	Bairro paroquial	Rua Oswaldo Cruz, s/n
Cecília Neri	Bairro São José	Rua Luis Nunes, s/n
Belinha Nunes	São Vicente e bairro bomba	Rua São Vicente, s/n
Canto da Várzea I	Canto da Várzea, Aroeira do Matadouro, Retiro, Tapera	Av. Severo Eulálio, s/n
Canto da Várzea II	Canto da Várzea e Emaús	Av. Severo Eulálio, s/n
Passagem das Pedras	Passagem das Pedras e Cidade de Deus	Rua Joaquim Viana, s/n
Vicente Baldoíno I	Junco	Praça Dirceu Arco Verde, 50
Vicente Baldoíno II	Junco	Praça Dirceu Arco Verde, 50
ZONA RURAL		
NOME DA UNIDADE	ÁREA ADSCRITA	ENDEREÇO
Samambaia	Samambaia, Riacho Vermelho, Lagoa Salgada e Canivete	Povoado Samambaia
Torrões	Torrões, Cantinho, Futuro, Volta do Morro, Boa Fé, Alegre, Boqueirão dos Rodrigues, Volta do Morro	Avenida Principal, s/n
Lagoa Comprida	Lagoa Comprida, Umari, Carnaíbas, Morro da Areia, Malhada Grande e Brejinho	Av. Airton Senna, s/n
Fátima	Povoado Fátima, mirolândia, chapada do fio e três potes	Pov. Fátima, BR 316
Saquinho	Saquinho, Dengoso, Capitão de Campos, Vaca Morta e Pitombeira	Pov. Saquinho
Coroatá	Coroatá, fornos, angico torto e chapada do mocambo	Pov. Coroatá
Morrinhos	Morrinhos, Bugi e 30 famílias da Paraibinha	Av. Senador Helvidio Nunes, s/n
Estrivaria	Estrivaria, Morro do Simão, Tanque, ameleira dos Galdinos	Av. Senador Helvidio Nunes, s/n
Cristovinho	Cristovinho	Pov. Cristovinho
Tabuleiro dos Pios	Tabuleiro dos Pios, Vigia, Boa Vista, Jatobarzinho	Pov. Tabuleiro dos Pios

ANEXO B – Instrumento de Melhoria de Desempenho² (Check List³)

USF: _____ - DATA: ____/____/2013 – Duração das consultas: 1ª: _____; 2ª: _____; 3ª: _____

ITENS DE VERIFICAÇÃO	CONSULTAS			COMENTÁRIOS
	1	2	3	
<i>Observar na consulta se o profissional:</i>				
Assegura privacidade durante o atendimento: mantém a porta do consultório fechada				
Estimula a usuária a fazer perguntas e conversa sobre as necessidades, dúvidas e preocupações de forma clara				
Investiga fatores de risco (multiplicidade de parceiros, DST de repetição, início precoce da atividade sexual)				
Lava as mãos com água e sabão e enxuga-as com toalha de papel				
Verifica se a usuária esvaziou a bexiga				
Explica a usuária o que vai ser feito				
Orienta a usuária a trocar de roupa atrás da cortina ou biombo, ou no banheiro do consultório, oferecendo-lhe bata, se preciso				
Cobre a usuária adequadamente com lençol durante exame físico e/ou ginecológico, se preciso				
Faz a inspeção estática e dinâmica, com a usuária sentada buscando identificar: assimetria, abaulamento retrações, presença de edema, ulcerações ou eczema				
Com a usuária deitada, cobrindo-a adequadamente com lençol faz a palpação das mamas, região axilar, infra e supraclavicular, buscando identificar nódulos e linfonodos				
Faz a expressão suave no mamilo, pesquisando descarga purulenta e/ou sanguinolenta				
Ensina o auto-exame de mama a usuária				
Introduz o espécúlo adequadamente, sem lubrificar				
Realiza a abordagem sindrômica para DST conforme o fluxograma - <i>*Avaliar o critério referente a abordagem sindrômica.</i>				
Coleta material da ectocérvice com a extremidade denteada da espátula de Ayre (coloca a extremidade maior no orifício do colo, fixa e gira 360°)				
Coleta material no canal cervical com escovinha, fazendo uma rotação de 180° (exceto em gestantes)				
Coloca o material coletado na lâmina previamente identificada, colocando a espátula paralelamente a lâmina e arrastando-a suavemente no sentido longitudinal, sem bater				
Coloca a lâmina imediatamente no álcool a mais de 90% de maneira que fique totalmente imersa				
Realiza a técnica de inspeção cervical com ácido acético a 5% para pesquisar lesões acetobranças. Esperar 1 minuto após a colocação do ácido acético para realizar a leitura. Em caso positivo, realizar e/ou encaminhar para colposcopia				
Retira o espécúlo com cuidado para não prender o colo entre as lâminas do espécúlo; não retirá-lo aberto, pois pode causar dor e traumatismo uretral				
Coloca o instrumental usado no balde para material contaminado				
Despreza as luvas e os materiais contaminados em recipiente com saco plástico identificando para material contaminado				
Lava as mãos com água e sabão e enxuga-as com toalha de papel				
Identifica e/ou dá seguimento as intercorrências ginecológicas				

² Adaptado do Manual Metodologia de Melhoria Qualidade da Atenção à Saúde (CEARÁ, 2005).

³ Preencher de acordo com a legenda: S – sim; N – não; NSA – não se aplica

