

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

Márcia de Castro Martins Ferreira

**Conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da
estratégia saúde da família de Juiz de Fora sobre o controle dos
cânceres da mama e do colo do útero.**

Juiz de Fora
2020

Márcia de Castro Martins Ferreira

Conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família de Juiz de Fora sobre o controle dos cânceres da mama e do colo do útero

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde. Área de concentração: Saúde Brasileira.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira

Juiz de Fora

2020

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ferreira, Márcia de Castro Martins.

Conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família de Juiz de Fora sobre o controle dos cânceres da mama e do colo do útero / Márcia de Castro Martins Ferreira. -- 2020.

283 p.

Orientadora: Maria Teresa Bustamante Teixeira

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2020.

1. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. 2. Neoplasias da mama. 3. Neoplasias do colo do útero. 4. Programas de rastreamento. I. Teixeira, Maria Teresa Bustamante, orient. II. Título.

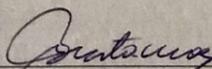
Márcia de Castro Martins Ferreira

Conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família de Juiz de Fora sobre o controle dos cânceres da mama e do colo do útero

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde. Área de Concentração: Saúde Brasileira

Aprovada em 09/03/2020

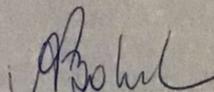
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira – Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dra. Adriane Pires Batiston
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Dedico este trabalho
à minha grande e querida família!
Com todo o meu carinho!

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é a realização de um sonho antigo, assim que se realiza depois de uns 20 anos...

Então, à minha irmã Letícia e meu cunhado Mário, assim desde o princípio, o incentivo e a ajuda em todos os momentos do mestrado, nas disciplinas, na pesquisa e nas inúmeras orientações e sugestões...Meus coorientadores muito queridos!!!

À minha orientadora e excelente professora Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira, a Teita, pelo acolhimento, orientações e muitos ensinamentos.

À minha mãe, mulher muito inteligente, que me mostrou o mundo com sabedoria! Acredito que ela ficaria feliz com esta conquista. Ao meu pai, quanta saudade!

À todos os meus queridos irmãos e irmãs... Minha grande família!!!! Aos meus sobrinhos, também muito queridos, sempre a socorrer a tia, nas artes da computação.

À Lie de Castro Batista, sobrinha querida, pela contribuição neste trabalho.

Aos doutores que compuseram a banca da qualificação e da dissertação, Maximiliano Ribeiro Guerra e Adriane Pires Batiston por sua disponibilidade em participar e colaborar com esse trabalho!!!

Aos 170 médicos e enfermeiros da ESF da PJF, voluntários da pesquisa, que possibilitaram a realização deste trabalho. Aos supervisores e funcionários das UBS, que muito gentilmente me receberam e me ajudaram a realizar a minha pesquisa.

À Atenção Básica da Secretaria de Saúde da PJF pela licença remunerada a mim concedida, possibilitando-me maior dedicação para a execução deste trabalho.

À enfermeira Rosângela Elerati, pela colaboração na obtenção dos dados da pesquisa e participação como voluntária e a Dra. Luciana Fonseca, pela colaboração na divulgação da pesquisa, me abrindo espaço na reunião dos supervisores.

Aos professores do PPGS e do NATES pelos conhecimentos compartilhados, aos funcionários do PPGS e do NATES, sempre atenciosos e colaboradores e à Angélica Atala Lombelo Santos, doutoranda muito solícita e amiga.

Àquele de todas as horas, de todos os momentos. Meu Deus!!!

Meu muito obrigada a todos !!!!!!!

“No fim, você aprende que tudo o que você aprende chega a um belo resultado: aporia” (QUINTANA, apud NEVES, 2004, p. 180)

RESUMO

Introdução: Os cânceres de mama (CM) e de colo de útero (CCU) devido a sua incidência e mortalidade constituem um problema de saúde pública. O controle destes cânceres através da detecção precoce visa o diagnóstico em fase inicial e conseqüente melhoria no prognóstico com menor morbidade associada ao tratamento. Para tanto uma atenção básica de qualidade é necessária. **Objetivo:** Investigar os conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre ações de controle do CM e do CCU, preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS). **Métodos:** Estudo transversal, realizado com médicos e enfermeiros atuantes na ESF do município de Juiz de Fora, MG, utilizando questionário auto-aplicável para investigação das variáveis sociodemográficas, de conhecimento e prática de detecção precoce destes cânceres, coletados no período de abril-agosto de 2019. **Resultados:** Participaram da pesquisa 170 profissionais, dos quais 46,5% eram médicos e 53,5% enfermeiros. Deste total 71,4% tem 10 anos ou mais de graduação, 78,9% têm pós-graduação e 72% trabalham exclusivamente na ESF. Quanto a capacitação dos profissionais acerca do controle destes cânceres, 72,2% não recebeu ou fez há mais de 3 anos. A maioria dos profissionais (75,6%) demonstrou conhecimento adequado sobre o controle do CM, 61,8% indicaram atitude adequada e 78,4% acusaram prática adequada sobre o controle do CM. Em relação ao câncer de colo de útero, apenas 39,4% alcançaram conhecimento adequado, 59,5% apontaram atitudes adequadas e 77,6% indicaram práticas adequadas sobre o controle do CCU. **Conclusão:** O estudo averiguou importantes lacunas nos CAP sobre as ações do controle do CM e, especialmente do CCU entre os profissionais da rede de atenção básica, resultando em possível obstáculo à melhoria da cobertura destas ações e, portanto, na diminuição da incidência e mortalidade por estes cânceres. A avaliação evidenciou grupos profissionais com CAP inadequados. Conhecimentos para médicos, do sexo masculino, com mais de 50 anos e as práticas e atitudes junto aos mais jovens devem ser incentivados, direcionando o enfrentamento e planejamento do controle destes cânceres.

Palavras-chave: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Neoplasias da mama. Neoplasias do colo do útero. Programas de Rastreamento.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer (BC) and cervical cancer (CC) due to their high incidence and mortality constitute a public health problem. The control of these cancers through early detection aims at early diagnosis and consequent improvement in prognosis with less treatment-associated morbidity. Therefore, basic quality care is necessary. **Objective:** investigate the knowledge and practices of doctors and nurses in the Family Health Strategy (FHS) on actions to control the BC and CCU, recommended by the Ministry of Health (MS). **Methods:** Cross-sectional study, carried out with doctors and nurses working in the FHS in the city of Juiz de Fora - MG, using a self-administered questionnaire to investigate the sociodemographic variables, knowledge and practice of early detection of these cancers, collected in the period from April to August (2019). **Results:** 170 professionals participated in the research, of which 46.5% were doctors and 53.5% nurses. Of this total, 71.4% have 10 years or more of graduation, 78.9% have post-graduate degrees and 72% works exclusively in the FHS. Regarding the training of professionals on the control of these cancers, 72.2% did not receive or did it more than 3 years ago. A large majority of professionals (> 80%) demonstrated knowledge about the age range and frequency indicated for screening mammography and investigated the risk factors for Breast cancer. Regarding cervical cancer, only 45% demonstrated knowledge of the correct age range for screening. As for the recommended frequency, about 70% answered correctly. Around 90% investigates risk factors for cervical cancer. **Conclusion:** The study found important gaps in the CAP regarding the actions of the control of the CM and, especially of the CCU, among professionals in the primary care network, resulting in a possible obstacle to improving the coverage of these actions and, therefore, in reducing the incidence and mortality from these cancers. The evaluation showed professional groups with inadequate CAP. The knowledge of doctors, male, over 50 years old and the practices and attitudes towards the youngest should be encouraged, directing the coping and planning of the control of these cancers.

Keywords: Health Knowledge, Attitudes, Practice. Breast Neoplasms. Uterine Cervical Neoplasms. Mass Screening.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACISPES	Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra
ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASCOMCER	Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer
CAP	Conhecimento atitudes e práticas
CCU	Câncer do colo do útero
CM	Câncer de mama
ECM	Exame clínico das mamas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
HU	Hospital Universitário
IARC	International Agency for Research on Cancer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Médio
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PJF	Prefeitura de Juiz de Fora
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SISCOLO	Sistema de Informações do Câncer de Colo de Útero
SISMAMA	Sistema de Informações do Câncer de Mama
SISCAN	Sistema Nacional de Informação de Câncer
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UBS	Unidades Básicas de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	25
3	CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS.....	29
4	CÂNCER DE MAMA	31
4.1	EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA.....	32
4.2	DETECÇÃO PRECOCE: RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO PRECOCE ...	36
5	CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	49
5.1	EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	51
5.2	DETECÇÃO PRECOCE: RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO PRECOCE ...	53
6	OBJETIVOS.....	61
6.1	OBJETIVO GERAL.....	61
6.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	61
7	METODOLOGIA.....	63
7.1	TIPO DE ESTUDO.....	63
7.2	PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO.....	63
7.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO E COLETA DE DADOS.....	64
7.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	65
7.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	71
7.6	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	71
8	RESULTADOS.....	73
9	DISCUSSÃO.....	113
10	CONCLUSÕES.....	141

REFERÊNCIAS.....	149
APÊNDICE A _ Instrumento de pesquisa.....	163
APÊNDICE B _ Processo de Trabalho.....	179
APÊNDICE C _ Tabelas.....	181
ANEXO A _ Termo de aprovação pelo CEP/UFJF.....	277
ANEXO B _ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	281
ANEXO C _ Carta de Anuência.....	283

1 INTRODUÇÃO

A educação concebida como prática transformadora, necessária de forma permanente para a qualificação dos profissionais e trabalhadores, crítica e reflexiva, norteou e motivou este trabalho. A educação, a saúde da mulher e o serviço, entendido como as ações dos profissionais de saúde no posto de atendimento, se entrelaçam neste estudo.

As mulheres, segundo o IBGE, censo de 2010, são 51,03% da população de 190.755.799 habitantes do país. As mulheres são maioria e mais longevas que os homens, contudo as enfermidades as acometem mais em função das notórias desigualdades entre os sexos, que as expõe a padrões diferentes de sofrimento, adoecimento e morte (BRASIL, 2013).

Nesta dimensão, o planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo dar aporte a mulher para: promoção de sua saúde, melhora na suas condições de vida, bem como o exercício de sua cidadania e empoderamento, é mister.

Entre as ações desenvolvidas pela Atenção Básica, especialmente pelas equipes de Estratégia em Saúde da Família (ESF), destaca-se a assistência integral às mulheres em todas as fases de seu desenvolvimento e suas famílias (JÁCOME, 2011).

A família tem sido priorizada como elemento básico para a assistência pelo Ministério da Saúde (MS) desde a criação do Programa Saúde da Família (PSF), lançado oficialmente em março de 1994, ano definido pela Organização das Nações Unidas como ano Internacional da Família. O programa foi influenciado por modelos de saúde da família, especialmente os canadense, cubano e inglês e teve como intuito atender aos princípios do SUS, criado em 1988, de universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade e participação popular. Na Portaria de nº 648 de 2006 do MS, se estabeleceu o PSF como estratégia de cobertura nacional (JÁCOME, 2011). Em 2012, a Estratégia Saúde da Família (ESF) encontrava-se em 95% dos municípios com 33.404 equipes formadas (MALTA, 2016), chegando a uma cobertura assistencial a 125 milhões de brasileiros em 2016 (NEVES, 2018). O estudo ecológico com análise de série temporal de Neves (2018), período 2006-2016 mostrou que a cobertura da ESF no país apresenta tendência crescente nas cinco regiões do país e na maioria dos estados. Altas coberturas, acima de 75%,

foram encontradas em 14 estados e entre 50 e 74,9% em 11 estados; já São Paulo e o Distrito Federal mostraram coberturas inferiores a 50%. Minas Gerais, em 2006, tinha uma cobertura de 57,4 %, alcançando cobertura de 79,1% em 2016 (NEVES, 2018). Em setembro de 2019, o Brasil tornou-se o país com maior programa de atenção primária à saúde (APS) do mundo, presente em 95% dos municípios e abrangendo 74,63% da população brasileira (155.607.475 pessoas) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Neste enfoque da ESF de cuidado integral às famílias, destaca-se como vertente de atuação, o cuidado à saúde da mulher e neste, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Dentre estas ações, evidencia-se especialmente o controle dos cânceres de mama e do colo do útero, pois os mesmos têm acometido muitas mulheres, com grandes repercussões e transtornos em suas vidas e em seus núcleos familiares.

As afetações são tanto físicas e psíquicas, como sociais e econômicas. Dentre as repercussões psicológicas, a percepção negativa da qualidade de vida devido a quadros de depressão, ansiedade, ideação suicida, insônia e medo, tem atingido muitas mulheres. A imagem corporal que cada mulher tem de si mesma também é afetada significativamente, dependendo do tipo de tratamento aos quais elas são submetidas (CONDE *et al.*, 2006).

Estes cânceres são temidos em função da sua incidência e do seu grande impacto na vida da mulher. A sexualidade e a imagem pessoal da mulher são comprometidas e devem ser consideradas no intuito de melhorar sua qualidade de vida. O medo do diagnóstico, possível cirurgia, incerteza na prognóstico, efeitos colaterais durante o tratamento, a dor e a perspectiva da morte também impactam negativamente na vida destas mulheres (FONSECA, 2016).

A incidência destes cânceres têm aumentado substancialmente nos últimos anos, paralelamente aos avanços científicos e tecnológicos que propiciaram a caracterização de uma sociedade moderna com novos estilos de vida. O crescimento demográfico, o envelhecimento populacional e o desenvolvimento socioeconômico têm contribuído para o surgimento destas doenças crônico-degenerativas (SILVA, 2011).

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres, excetuando-se os casos de pele não melanoma, no mundo, bem como no Brasil. Ele também é a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres em mais de

100 países, inclusive o Brasil (WHO, 2018). Já o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres e a quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres no mundo. Em locais com baixo IDH, o câncer cervical ocupa o segundo lugar na incidência e mortalidade (WHO, 2018). O Brasil apresenta valores intermediários no padrão de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero, quando comparado a outros países (INCA, 2018c).

A distribuição epidemiológica do câncer no Brasil evidencia uma mudança em andamento, o aumento dos tipos de câncer associados a melhores condições socioeconômicas – câncer de mama, próstata e colón e reto – e, paralelamente, a existência de taxas de incidência permanentemente elevadas de tumores associados a piores condições socioeconômicas – câncer do colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral (RIBEIRO; BASTOS; VIEIRA; RIBEIRO; TEIXEIRA; LEITE; *et al.*, 2016).

As projeções internacionais de incidência e mortalidade por câncer são de aumento nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos em função de maior exposição a fatores ambientais e individuais de risco como o tabagismo, o sedentarismo, a alimentação industrializada e o envelhecimento populacional. Priorizar o monitoramento da incidência, mortalidade e sobrevida são ações efetivas que têm diminuído a incidência para a maioria dos tipos (pulmão, colo-retal, mama e próstata) nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos (SILVA, 2011).

Considerando a incidência e a mortalidade relacionadas ao cânceres de mama e do colo do útero, as consequências nas vidas das mulheres afetadas e a responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde é crucial implementar ações que visem o controle desses cânceres e que possibilitem a integralidade do cuidado, acesso a diagnósticos e tratamento em tempo oportuno e com qualidade. Para tanto, é necessária uma atenção básica de qualidade, organizada e integrada com todos os níveis de atenção (BRASIL, 2013).

Ações intersetoriais, que promovam e estabeleçam uma atenção ampla à mulher, de promoção à sua saúde e à vida saudável, com identificação e combate aos fatores de risco à sua saúde, com o acesso a detecção precoce e tratamento oportuno e apropriado são necessárias para o efetivo controle do câncer de mama e de colo de útero, conforme alerta da Agência Internacional pra a Pesquisa do Câncer (IARC), da OMS.

A atenção primária é a porta de entrada principal dos usuários no SUS. É seu papel desenvolver as ações de promoção da saúde e prevenção, além da detecção precoce da doença, através do rastreamento e diagnóstico precoce. Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, 43% dos óbitos por câncer no estado, em 2010, foram por neoplasias de 7 localizações topográficas, entre elas o câncer de mama e do colo do útero. Tais doenças são passíveis de prevenção e/ou detecção precoce, sendo o aprimoramento nas linhas de cuidado, nas quais a atenção primária ocupa um papel relevante, primordial para o controle da mortalidade (MINAS GERAIS, 2013).

Neste sentido, a busca por identificar e analisar os conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) dos profissionais, médicos e enfermeiros, da atenção básica sobre o controle dos cânceres de mama e de colo de útero justifica-se, no intuito de tornar efetivas as medidas cabíveis para diminuir a incidência e a mortalidade por estes cânceres e obter consequente melhoria na qualidade de vida das mulheres acometidas e de suas famílias.

Estudos têm sido realizados em diversas cidades do país com o objetivo de estimar os CAP dos profissionais, assim como o de identificar fatores associados ao grau de conhecimentos e práticas (BENEVIDES, 2016; BATISTON, 2016; MORAES, 2014; JACOME, 2011). O conhecimento destes fatores é importante para o planejamento de estratégias de controle mais efetivas e coerentes com as necessidades da população feminina, considerando a magnitude dessas doenças.

O diagnóstico dos conhecimentos e práticas dos profissionais também permite orientar ações de educação permanente, direcionadas às reais necessidades destes profissionais da ESF para o controle dessas neoplasias malignas.

Dessa forma, se buscou conhecer, através de inquérito, os CAP dos profissionais médicos e enfermeiros da cidade de Juiz de Fora, MG. Juiz de Fora é uma cidade de porte médio, situada em MG, com aproximadamente 560.000 habitantes, com uma cobertura da ESF de 57,4%(2019).

Apreciou-se neste estudo, como os profissionais da equipe da ESF de Juiz de Fora têm buscado, pela sua responsabilidade em seu processo permanente de capacitação, uma aprendizagem significativa no ambiente de trabalho e como o a gestão tem apoiado tal processo, através da oferta de educação permanente.

O presente trabalho, procurou verificar como se apresentam as competências dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF, nos seus três pilares: conhecimentos, habilidades e atitudes em relação ao controle dos cânceres de mama e do colo de útero, o processo de trabalho e as principais barreiras em função da magnitude e incidência destes cânceres, com intuito de conhecer esta realidade e poder transformá-la.

Buscou-se associações entre estas questões e as características sociodemográficas e de formação dos profissionais, relacionando-as aos achados na literatura e em outros municípios do país, encontrando-se similaridades e também particularidades locais. Estes resultados poderão subsidiar políticas públicas e, mais especificamente, ações de educação permanente no município.

Um grande intuito deste trabalho é ser lente que possa ampliar o olhar crítico dos profissionais, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde sobre esta temática, e possibilite maior reflexão e reorientação das práticas visando melhorar o quadro epidemiológico da Saúde Pública no município de Juiz de Fora e no estado de Minas Gerais.

Esta pesquisa foi estruturada em oito capítulos. O primeiro capítulo faz um breve resumo sobre as políticas de educação permanente e sua importância. A seguir apresenta os conceitos de conhecimentos, atitudes e práticas utilizados. O terceiro e quarto capítulos tratam de uma revisão de literatura contendo informações acerca dos cânceres de mama e do colo do útero, definição, epidemiologia e fatores relacionados ao seu desenvolvimento, bem como ações direcionadas para o controle dessas patologias; indicação, importância do rastreamento, cobertura e suas possíveis barreiras. A seguir são apresentados os objetivos e a metodologia que nortearam a realização desse estudo. Em sequência, os resultados obtidos, comentados à luz da literatura científica que trata do tema. Por fim, a conclusão, os principais achados e contribuições encontradas, assim como suas limitações.

2 EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui-se na busca pela aprendizagem significativa no trabalho, na possibilidade de transformar as práticas profissionais com base em processos coletivos de reflexão e autoanálise, contribuindo assim para que os profissionais atuem de forma crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente competente (BRASIL, 2009). A educação permanente tem sido considerada uma importante ferramenta na construção da competência do profissional, contribuindo para a transformação e organização do trabalho. Tem como principal desafio estimular a conscientização dos profissionais para a responsabilidade em seu processo permanente de capacitação (OLIVEIRA, 2011).

A EPS foi consolidada como política pelo Ministério da Saúde (MS), através da resolução do Conselho Nacional de Saúde número 335 de 27 de novembro de 2003 e da portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007 que implanta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em todo o Brasil (BRASIL, 2004).

A EPS busca alternativas e soluções para questões vivenciadas pelos trabalhadores da saúde, pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) bem como pelos que não têm acesso aos serviços de saúde. Pode ser entendida como o processo de reflexão e transformação das práticas vigentes no SUS, levando-se em consideração as experiências e os conhecimentos que os trabalhadores já possuem, as suas necessidades de formação e desenvolvimento em função das necessidades de saúde das pessoas e dos diferentes grupos populacionais (BRASIL, 2009).

Segundo a PNEPS, todo o processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere. Sua perspectiva representa uma mudança no conceito e nas práticas de capacitação do serviço, de forma que incorpora o ensino e o aprendizado à rotina das organizações e as práticas laborais e sociais no contexto legítimo em que ocorrem; estimula a reflexão sobre as técnicas realizadas para que construam o conhecimento e desenvolvam alternativas de ação e não sejam apenas receptores; encoraja a equipe para que trabalhem em conformidade refreando sua fragmentação; altera as estratégias de ensino para além da sala de aula de modo que as situações cotidianas também sejam fonte de

conhecimento e problemas a ponto de questionar o próprio fazer e amplia os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações (BRASIL, 2009).

A educação permanente é um processo de interação articulada entre teoria e prática, à medida que a teoria necessita da prática para ser real e a prática da teoria para inovar, possibilitando a transformação do sujeito no aprender e interagir com o mundo (RICALDONI; SENA, 2006).

A realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho é pretendida na EPS, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (Brasil, 2004). É uma estética pedagógica para a experiência da problematização e da intervenção de problemas. Para o setor da saúde, esta estética é condição para o desenvolvimento de uma inteligência da escuta, do cuidado e tratamento (BRASIL, 2009).

A aproximação ensino-serviço, dos conhecimentos acadêmicos aos serviços de saúde possibilita a transformação tanto das práticas de saúde, quanto da academia nos processos de ensino-aprendizagem, sendo um propulsor para a educação permanente (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

A reflexão da equipe sobre as condutas e as técnicas realizadas em conjunto com novos conhecimentos propicia a construção e a reelaboração de novos conhecimentos bem como o desenvolvimento de novas alternativas de ação, que se pretende sejam indutoras de benefícios à saúde da população (BRASIL, 2009). É clara, por conseguinte, a importância da educação permanente afim de que os profissionais da saúde possam realizar com competência suas atividades laborais. Estudos, como os de Benevides (2016), Batiston (2016), Moraes (2014), Yousuf (2012) e Jacome (2011), reforçam a relevância e a necessidade de educação permanente dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária.

A descrição e a avaliação dos saberes e práticas dos profissionais de saúde pela Gestão da Atenção Primária é mister nas ações de Educação Permanente. As capacitações da equipe bem como a escolha dos conteúdos a serem abordados devem ser norteados em função dos problemas observados no intuito de melhorar as práticas e ações de saúde junto à população (SANTOS; PEDROSA; PINTO, 2016).

Neste sentido, a identificação do contexto, dos determinantes sociais e econômicos das populações são necessários para que as condutas nas ações

educativas respondam às necessidades concretas dos indivíduos(CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

A educação deve ser guiada por uma visão estratégica, que reflita sobre o trabalho, suas demandas e dificuldades enfrentadas, e planeje o desenvolvimento de competências gerenciais (SANTOS *et al.*, 2015).

Para tanto, é necessário que o gestor seja fomentador e facilitador dos processos, além de provedor do financiamento, buscando integrar todos os atores envolvidos para a definição das reivindicações educacionais relacionadas as demandas dos serviços de saúde (SIGNOR *et al.*, 2015).

É importante considerar que, a avaliação é própria ao processo. A não avaliação constitui um ponto vulnerável para a educação permanente (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017). Neste sentido a portaria publicada pelo Ministério da Saúde em 2007 e o caderno de educação permanente de 2014, destacam a avaliação e (re)planejamento/medidas de correção, se necessários dentro das ações de planejamento da análise situacional, de implementação de medidas e monitoramento, nas quais o trabalhador da saúde deve assumir o protagonismo e construir sentido e significado para o seu trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A sociedade tem-se transformado constantemente sendo importante a educação dos trabalhadores no intuito de acompanhar este movimento, contemplando a incorporação de novas tecnologias. A demanda das organizações sociais requerem a incorporação do processo de educação permanente, vinculado a programas de desenvolvimento. Assim, compreende-se que a educação é um meio para o indivíduo ter maior capacitação para construir-se no mundo do trabalho, em um movimento dinâmico e complexo mediado, por valores políticos, culturais e éticos (RICALDONI; SENA, 2006).

A educação permanente, contudo ainda precisa de muitos investimentos no Brasil. Não se pode reduzi-la somente a realização de cursos ou de ações educacionais pontuais e formais instituídas. A educação permanente vai além de uma educação continuada, entendida esta como uma extensão do modelo escolar e acadêmico, fundamentada em conhecimento técnico-científico, com ênfase em treinamentos e cursos e adequação dos profissionais ao trabalho nas suas unidades de saúde. Esta modalidade de educação não contempla um espaço de reflexão e crítica sobre o cuidado, mas sim reprodução de abordagens já consagradas. Promove os objetivos da instituição e não valoriza os saberes preexistentes dos

profissionais e nem a construção de novos conhecimentos. A educação continuada pode ser entendida também como toda ação desenvolvida após a profissionalização, no sentido de atualizar conhecimentos e adquirir novas informações. Ou um conjunto de experiências subsequentes à formação inicial, que permite a qualificação profissional. Os conceitos de Educação Permanente e Continuada são claramente diferentes, porém apresentam um caráter complementar e não excludente a cada prática (PEIXOTO *et al.*, 2013). A educação permanente deve ir além e buscar mediar mudanças, bem como levar os profissionais ao desenvolvimento de um processo de autoanálise no trabalho, pelo trabalho e para além do trabalho, como estratégia para lidar com o contexto que os cerca (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Neste sentido, o presente trabalho buscou avaliar os CAP dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF de Juiz de Fora, MG com intuito de fornecer subsídios para os profissionais repensarem suas práticas e necessidades de conhecimento acerca de um tema específico, no caso escolhido: O controle dos cânceres da mama e do colo do útero, em função da magnitude e importância para a população feminina destas neoplasias malignas.

3 CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS

O inquérito sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) apresenta-se como uma avaliação do tipo formativa, que tem como fundamento a coleta de informações de uma dada população com intuito de apoiar a elaboração de intervenções na mesma. Estes estudos buscam o desenvolvimento de programas adequados em função das necessidades específicas da população objeto de estudo (JÁCOME *et al.*, 2011). A avaliação formativa fornece subsídios para a solução de problemas e dificuldades surgidas durante o trabalho. As informações que essa avaliação revela permitem o planejamento, o redirecionamento das práticas de ensino-aprendizagem no intuito de aprimorar os conhecimentos dos indivíduos (FAC. EDUCAÇÃO, 2019).

O conhecimento, neste tipo de pesquisa, é definido como a capacidade de recordar fatos específicos (em função do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte), compreender determinado assunto ou ainda a competência para aplicar estes conhecimentos para resolução de problemas. O conhecimento é uma relação que se estabelece entre o sujeito que conhece ou deseja conhecer e o objeto a ser conhecido ou que se dá a conhecer. O conhecimento que se constrói no uso crítico da razão, junto aos princípios éticos e sociais deve ser de modo contínuo, sempre retomado, sem finitude (ROSA, 2009).

Outro conceito, pertinente à pesquisa, de conhecimento é: a possibilidade dos indivíduos se posicionarem diante dos obstáculos e adversidades e buscar soluções para os mesmos ou conhecimento não é acumular informações, mas uma condição inerente a todos os seres vivos, é entender que a não elaboração do próprio conhecimento afasta o indivíduo de sua essência (MENDES, MARIA ISABEL BRANDÃO DE SOUZA; NÓBREGA, 2004).

Atitude é uma norma de procedimento que leva a um determinado comportamento. É, essencialmente, ter opiniões, ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional (MARINHO, COSTA-GURGEL, CECATI, OSIS, 2003). É a concretização de uma intenção ou propósito. De acordo com a psicologia, atitude é comportamento habitual que se verifica em circunstâncias diferentes. Atitude significa também uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir em relação a grupos, questões, outros seres

humanos ou, mais especificamente, a acontecimentos ocorridos em nosso meio circundante (JÁCOME *et al.*, 2011).

A prática é a decisão para se realizar uma determinada ação, que evolui com o emprego e o alcance de novos conhecimentos, (ANDRADE; LEITE; SOARES; PINHEIRO, 2015). Prática é a habilidade de fazer, a experiência clínica, fazer de novo, várias vezes, a repetição e o exercício psicomotor. Está relacionada à forma de executar as tarefas, na aplicação do conhecimento, do agir e do pensar (RESENDE, 2000 *apud* JÁCOME *et al.*, 2011).

O inquérito CAP é um processo de avaliação que objetiva investigar o conhecimento produzido, bem como a sua transformação em práticas concretas. A avaliação se dá, essencialmente para definição e construção de indicadores que possibilitem o monitoramento das ações programáticas e subsidiem a tomada de decisões. Estudos do tipo CAP têm sido feitos tanto no país quanto em outros países em relação a temas de interesse, observando-se que a avaliação de programas de saúde tem ocupado lugar de destaque na agenda de organismos internacionais. No Brasil, tal tema vem ganhando importância crescente na gestão e administração do setor de saúde, verificando-se que é etapa essencial para o planejamento das ações voltadas para garantir a qualidade da atenção à saúde e subsidiar decisões que atendam às reais necessidades da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Estudos utilizando inquérito do tipo CAP sobre os temas rastreamento dos cânceres de mama ou do colo do útero foram realizados por Ghanem (2019) no Marrocos, Nair (2017) na Geórgia nos Estados Unidos, Sanchéz (2019) na Andaluzia, Espanha, Nazzal (2016) na Palestina, Ortega-Olvera (2016) no México, Zine (2016) em Mohammedia, Marrocos, Erdem (2016) na Turquia, Serral (2013) em Barcelona, Espanha, Yousuf (2012) na Arábia Saudita, Akhigbe (2009) na Nigéria. No Brasil, foram feitas pesquisas utilizando o inquérito CAP por Melo (2017) em São Paulo, Batiston (2016) em Dourados no Mato Grosso do Sul, Benevides (2016) em Fortaleza, Ceará, Marsicano (2016) em João Pessoa, Paraíba, Fonseca (2016) em Coronel Ezequiel, Rio Grande do Norte, Jacome (2011) em Mossoró, Rio Grande do Norte, Canuto (2019) em Barbacena, Minas gerais, Marinho (2008) em Campinas, São Paulo e Tucunduva (2004) em São Paulo.

4 CÂNCER DE MAMA

O câncer é um grupo de doenças com comportamento variado e manifestações clínicas e morfológicas bastante heterogêneas, que têm em comum o crescimento desordenado de células da mama, que invadem os tecidos e órgãos (INCA, 2019).

Os sinais e sintomas que mais caracterizam o câncer de mama são os nódulos nas mamas de consistência endurecida e fixa que aumentam de tamanho e persistem por mais de um ciclo menstrual, a descarga papilar em apenas uma das mamas, lesão da pele que não responde a tratamentos tópicos, aumento progressivo da mama, presença de edema, pele com textura similar a casca de laranja, retração na pele da mama, alterações no mamilo, linfadenopatia axilar e a presença de tumor palpável em apenas uma das mamas em homens com mais de 50 anos (INCA, 2019).

Diversos fatores estão relacionados ao aumento do risco de desenvolver o câncer de mama, tais como: idade, fatores endócrinos/história reprodutiva, fatores comportamentais/ambientais e fatores genéticos/hereditários (WHO, 2018)

As mulheres a partir dos 50 anos de idade têm maior risco, em função do acúmulo de exposições ao longo da vida e das próprias alterações biológicas com o envelhecimento (SILVA, M. *et al*, 2005). Outros fatores incluem: história de menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia (após os 55 anos), primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, uso de contraceptivos orais (estrogênio-progesterona) e terapia de reposição hormonal pós-menopausa (estrogênio-progesterona) (WHO, 2018, ADAMI, H *et al*, 2008). Os fatores comportamentais/ambientais bem estabelecidos incluem a ingestão de bebida alcoólica, sobrepeso e obesidade na pós-menopausa e exposição à radiação ionizante (IARC, 2018).

O risco de câncer de mama devido à radiação ionizante é proporcional à dose e à frequência. Doses altas ou moderadas de radiação ionizante (tratamento de radioterapia no tórax em idade jovem) ou mesmo doses baixas e frequentes (exposição a dezenas de exames de mamografia) aumentam o risco de desenvolvimento do câncer de mama (INCA, 2018).

A prevenção do câncer de mama é bastante complexa, porque envolve fatores de risco não modificáveis, entre eles a idade, sexo, fatores endócrinos e

alterações genéticas, como também fatores modificáveis, como fatores comportamentais/ ambientais, segundo Meister e Morgan (2000).

Estas causas envolvem provavelmente uma combinação de fatores demográficos junto ao desenvolvimento social e econômico, incluindo-se aí o adiamento de engravidar e ter menos filhos, maiores níveis de obesidade e sedentarismo e a maior triagem do câncer de mama, devido possivelmente a maior conscientização das mulheres e maior oferta dos exames (INCA,2018c).

O câncer de mama de caráter hereditário corresponde a apenas 5% a 10% do total dos casos. História familiar de câncer de mama ou ovário em parentes de primeiro grau; casos de câncer de mama antes dos 50 anos; caso de câncer de mama e ovário em um mesmo familiar; câncer de mama bilateral; caso de câncer de mama em homem; e ancestralidade judaica asquenaze, conferem fator de risco elevado, bem como mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, que altera a função protetora contra tumores malignos. Os fatores de risco podem agir isoladamente ou de forma combinada, sendo que o tempo decorrido entre a exposição a estes fatores e o desenvolvimento do câncer pode ser igual ou superior a 10 anos (INCA,2018c).

Os principais fatores de risco para o câncer de mama não são facilmente modificáveis porque resultam de exposições hormonais endógenas prolongadas, embora a prevenção através da promoção do aleitamento materno, por um período mais prolongado, possa ser benéfica (WHO, 2018).

Estima-se também que, por meio da alimentação, nutrição, atividade física e gordura corporal adequados, é possível reduzir em até 28% o risco da mulher desenvolver o câncer de mama. Como medidas que podem contribuir para a prevenção primária da doença, estimula-se, portanto, praticar atividade física regularmente, manter o peso corporal adequado, adotar uma alimentação mais saudável e evitar ou reduzir o consumo de bebidas alcóolicas (INCA, 2009).

4.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

Segundo dados do GLOBOCAN, em 2018, ocorreram 2,1 milhão de casos novos de câncer da mama em todo o mundo, o que o torna o tipo de câncer mais comum entre as mulheres, excetuando-se os casos de pele não melanoma, representando cerca de 25% do total de casos de câncer (WHO, 2018). No Brasil, para o ano de 2018/2019, são estimados 59,7 para 100.000 mulheres casos novos

de câncer de mama feminino. (INCA, 2018a).

Quanto à mortalidade, o câncer de mama é a quinta causa de morte por câncer em geral (626.679 óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres em mais de 100 países no mundo (WHO, 2018). É também a principal causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, seguido pelos cânceres de pulmão, cólon e reto, colo uterino e estômago em 2015 (GUERRA *et al.*, 2017). O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) registrou 15403 casos de óbitos representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 13,03 óbitos/100.000 mulheres (INCA, 2018a).

No Brasil, o câncer de mama ocupou em 2015, a primeira posição em todos os estados das regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste (exceto Goiás, que ocupa a segunda posição) e Nordeste (exceto Maranhão e Piauí) (GUERRA *et al.*, 2017). As regiões Sudeste e Sul apresentam as maiores taxas de incidência e mortalidade do câncer de mama e as regiões Norte e Nordeste as menores taxas (INCA, 2018c). Contudo, estas taxas de óbitos nas regiões Norte e Nordeste, ainda que menores que as da região Sul e Sudeste têm aumentado, sugerindo mudanças nos estilos de vida como aumento da idade na primeira gestação, baixa paridade e amamentação por períodos curtos. Verifica-se ainda que os óbitos por câncer de mama começaram a diminuir nas capitais das regiões Sudeste e Sul a partir dos meados dos anos 90, acompanhando os países mais desenvolvidos, possivelmente em função de mais acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos nos estágios iniciais da doença (FAYER *et al.*, 2016). Este fato não ocorreu nas regiões Norte e Nordeste e nos municípios do interior, evidenciando a desigualdade existente no país. Os municípios do interior não indicam queda ou estabilidade das taxas devido, provavelmente, ao menor alcance das ações de prevenção e a dificuldade de acesso a serviços de diagnóstico e tratamento para câncer, concentrados nas capitais das regiões Sudeste e Sul (GIRIANELLI, 2014; SILVA, 2011).

O câncer de mama feminino manteve estabilidade da mortalidade de 1990 para 2015, estabilidade esta observada tanto no país como nos estados. Pequeno aumento não representativo nas regiões Norte e Nordeste foi observado em estudo de Guerra (2017).

O aumento da incidência do câncer de mama no país, provavelmente está relacionado ao aumento de diagnósticos e a melhor qualidade das informações. Já as altas taxas de mortalidade evidenciam diagnóstico tardio (estadiamento III e IV)

da doença, provavelmente relacionado aos obstáculos para o acesso aos serviços públicos de saúde, a não capacitação dos profissionais envolvidos no controle do câncer, a grande demanda não captada pelo sistema público e à baixa capacidade dos gestores de gerir um fluxo de encaminhamento adequado dos casos suspeitos (JACOME, 2009; DOS-SANTOS-SILVA *et al.*, 2019).

Em Minas Gerais, são esperados para o ano de 2019, 5360 novos casos de câncer de mama, taxa bruta de 50,15 casos novos por 100 mil. Quanto à mortalidade por câncer de mama, a mesma cresceu em torno de 52% entre os anos de 2006 (taxa bruta 10,6/100 mil) e 2017 (taxa bruta 16,1/100mil). No ano de 2017, ocorreram 1430 óbitos, 15,5% do total de óbitos por câncer no sexo feminino segundo o INCA. Em Juiz de Fora, MG, entre 2013 e 2017 foram notificados 405 óbitos pela doença, uma média de 81 mortes a cada ano (taxa bruta 18/100 mil em 2017) (BRASIL, 2019; MINAS GERAIS, 2013).

A incidência do câncer de mama tende a crescer progressivamente a partir dos 40 anos. A mortalidade também aumenta progressivamente com a idade. Na população feminina abaixo de 40 anos, ocorrem menos de 10 óbitos a cada 100 mil mulheres, enquanto na faixa etária a partir de 60 anos o risco é 20 vezes maior (INCA, 2018a). As taxas de incidência de câncer de mama, padronizadas por idade, apresentam grande variação por Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP). Verifica-se um aumento, na série de 2000 a 2010 dos RCBP no Brasil, da idade mediana no momento do diagnóstico de 53 anos em 2000 para 56 anos em 2010 (BRASIL, 2019).

As estimativas de sobrevida do câncer de mama em cinco anos mostram uma tendência de melhoria nos países desenvolvidos, decorrente do aumento do alerta sobre a doença, da detecção precoce e da evolução do tratamento, entretanto esta não é uma realidade global, encontrando-se grandes disparidades (SILVA, 2014).

Conforme dados do INCA, a sobrevida em cinco anos, estimada nos países desenvolvidos, é de 85%, enquanto nos subdesenvolvidos está entre 50-60% (HADDAD, 2016).

O prognóstico está diretamente relacionado ao estadiamento da doença, ao tamanho do tumor, a idade ao diagnóstico, ao tratamento feito, ao tempo para o início do tratamento, a urgência na investigação de lesões mamárias suspeitas, a ter plano de saúde particular, a raça e a condição socioeconômica. Estudos mostram

que em mulheres diagnosticadas com câncer de mama no estadiamento II, a taxa de sobrevida em 5 anos varia entre 80% e 99%; caindo para valores inferiores a 30%, quando as mulheres estão em estádios mais avançados, com metástase à distância, chegando a 0% quando diagnosticada no estágio IV (AYALA *et al.*, 2019).

Estágios mais avançados ao diagnóstico são mais encontrados em países com piores condições socioeconômicas, diminuindo a sobrevida em função de fatores como a falta de acesso aos serviços de saúde e dificuldades para a realização do tratamento da doença (HADDAD, 2016).

No Brasil, as estimativas de sobrevida em cinco anos foram de 76,9% (75,5-78) para o período de 2005 a 2009 e de 75,2% (73,9 - 76,5) para o período de 2010 a 2014. As dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno têm resultado em diagnósticos em estágios mais tardios com consequente piora do prognóstico (ALLEMANI *et al.*, 2018).

No município de Juiz de Fora, estimou-se uma sobrevida específica pela doença de 76,3% em 5 anos, nas mulheres diagnosticadas entre 1998 e 2000. Observou-se que as mulheres atendidas no serviço público tiveram pior prognóstico em função de diagnóstico tardio, com estadiamento maior da doença, evidenciando a existência de desigualdades de acesso a ações de rastreamento, provavelmente com mais casos detectados clinicamente e menos por rastreamento. Tais achados sinalizam problemas na prevenção primária e secundária do câncer de mama no sistema público (GUERRA *et al.*, 2015).

Estudo de Hoffeman (2014) observou sobrevida em mulheres portadoras de câncer de mama em dez anos de 83,1% entre 2001 e 2011, no sul do país sendo a razão de risco de morte 17,1 vezes maior entre as mulheres diagnosticadas em estádios avançados, evidenciando-se aí a importância do diagnóstico precoce para a redução da mortalidade e para o aumento das taxas de sobrevida.

Estudo em Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2000-2014 estimou sobrevida global após 10 anos de 41,0%, taxa similar a estudo realizado na cidade de Goiânia, onde a sobrevida global foi de 41,5%. Balabram *et al.* constataram a sobrevida global de 64,5% em hospital público em Belo Horizonte (AYALA *et al.*, 2019).

Trabalho de FAYER (2016) analisando sobrevida em 10 anos com diagnóstico da doença em 2000 e 2001, no município de Juiz de Fora observou-se que a idade média ao diagnóstico foi 57,8 anos e a sobrevida global em dez anos de 56,3%. O tempo decorrido entre o diagnóstico e a cirurgia foi ≤ 4 semanas para

86,0% das mulheres. Quanto à população total, as pacientes que evoluíram a óbito exibiram tamanho maiores de tumor (> 2 cm); comprometimento dos linfonodos, estadiamento avançado e assistência no serviço público (FAYER *et al.*, 2016).

O risco cumulativo (risco acumulado durante a vida) de uma pessoa ter e morrer de câncer de mama no Brasil é de 6,3-6,8% de ter e de 1,6-1,8% de morrer, segundo dados da *International Agency for Research on Cancer* (IACR, 2018).

4.2 DETECÇÃO PRECOCE: RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO PRECOCE

As estratégias de detecção precoce do câncer visam o diagnóstico de casos em fase inicial, com intuito de se obter como resultado melhor prognóstico e menor morbidade associada ao tratamento (BRASIL, 2015). Os esforços são direcionados na busca por medidas que antecipem o diagnóstico da doença, com consequente diminuição da agressividade do tratamento e das taxas de mortalidade, uma vez que a prevenção primária, pela multiplicidade causal do câncer de mama, é dificultada (MARINHO *et al.*, 2002).

As estratégias para a detecção precoce do câncer de mama são o diagnóstico precoce e o rastreamento.

O diagnóstico precoce consiste em identificar os sinais e sintomas em mulheres com a doença clínica em fase inicial, de modo que se possa intervir o mais rápido possível, e para tanto é necessário a conscientização da população e dos profissionais da saúde que devem atuar na observação desses sinais e sintomas (BRASIL, 2011).

Orientar a mulher a estar atenta à saúde da mama ajuda no diagnóstico precoce. A orientação é que a mulher realize a autopalpação/observação das mamas sempre que se sentir confortável para tal (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem nenhuma recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias e a procura por esclarecimento médico sempre que perceber alguma alteração suspeita em suas mamas. Prioridade na marcação de exames deve ser dada às mulheres sintomáticas, que já apresentam alguma alteração suspeita na mama (INCA, 2018c).

Essa estratégia mostrou ser mais efetiva do que o autoexame das mamas, isto é, a maior parte das mulheres com câncer de mama identificou o câncer por

meio da palpação ocasional em comparação com o autoexame (aproximadamente 65% das mulheres identificam o câncer de mama casualmente e 35% por meio do autoexame mensal) (INCA, 2018c).

O rastreamento consiste na aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e, a partir daí, encaminhar as mulheres com resultados alterados para investigação diagnóstica e tratamento (WHO, 2007).

Quanto à forma de organização, o rastreamento pode ser populacional ou oportunístico. O rastreamento populacional ou organizado baseia-se na criação de programas estruturados por meio dos quais a população-alvo é convidada/convocada a participar das ações de rastreamento na periodicidade preconizada, com monitoramento e avaliação do desempenho de todas as etapas do processo. O rastreamento oportunístico ocorre quando as ações de rastreamento são realizadas de forma não sistemática, sem a convocação ativa da população-alvo definida por diretrizes. Nesse contexto, em geral, aproveita-se a presença da pessoa que está no serviço de saúde por outro motivo, para realizar testes de rastreamento ou solicitar os exames, dependendo da procura espontânea da usuária. No Brasil, o rastreamento é predominantemente oportunístico, fato este que acarreta em maior ônus ao sistema de saúde, além de menor efetividade na redução da mortalidade (BRASIL, 2015).

Em países de média e baixa rendas, os cânceres de mama são diagnosticados predominantemente em estágios avançados, reduzindo o prognóstico, aumentando a morbidade relacionada ao tratamento e comprometendo a qualidade de vida dos pacientes. O diagnóstico tardio do câncer de mama (CM) implica em prejuízo para as mulheres, pois as chances de cura ficam reduzidas, os tratamentos são mais mutilantes, com maior grau de sofrimento, repercutindo em todo núcleo familiar. É importante notar que os custos de um tratamento de câncer diagnosticado precocemente, na fase inicial, é 70% menor se comparado a um câncer diagnosticado tardiamente, em estágio avançado (KEMP et al, 2005). Nesse contexto, as ações de diagnóstico precoce, quando implementadas com sucesso, produzem mudanças importantes do estágio do câncer no momento do diagnóstico (*stage shifting*) em curto e médio prazos (de 5 a 10 anos). Em países de alta renda, os cânceres de mama são diagnosticados predominantemente em estágios localizados. Nesses países, ganhos adicionais no prognóstico são obtidos por meio

de ações de rastreamento, especificamente de rastreamento populacional organizado. Nos últimos 20 anos, estes países mostraram reduções da mortalidade do câncer de mama (INCA, 2018c).

Durante décadas tem se buscado meios que permitam detectar o câncer precocemente antes que o câncer progrida. Um tumor maligno pode levar de 8 a 10 anos para atingir 1cm de diâmetro, mas a partir daí seu crescimento e multiplicação tendem a um ritmo mais acelerado (HADDAD, 2015). Os tumores, quando detectados clinicamente têm tamanho médio de 2,6cm e são mais propensos a apresentar metástases axilares (18 a 45%), enquanto no rastreamento mamográfico, a média é de 1,5 cm com comprometimento axilar de 18 a 25% dos casos. A identificação precoce, com detecção de tumores menores e sem comprometimento axilar, melhora as chances de cura, o tratamento é mais eficaz e menos mutilador (BERG *et al.*, 2016).

Vários estudos demonstraram que a mamografia está associada à diminuição da mortalidade por câncer de mama. Um dos primeiros estudos na década de 60, o *Health Insurance Plan Study* (HIP) forneceu a primeira evidência da mamografia como redutora da mortalidade. Foi feito um ensaio clínico randomizado com cerca de 60 mil mulheres e após 7 anos de seguimento chegou-se a uma redução de 30% na mortalidade no grupo submetido ao controle pela mamografia. Outro importante ensaio clínico randomizado (ECR), que também evidenciou os melhores benefícios do rastreamento foi o sueco, *Swedish Two-Count Trial*, com redução de 31% na taxa de mortalidade entre as mulheres rastreadas (HADDAD, 2015).

A mamografia, após esses estudos, passou a ser amplamente utilizada para o rastreamento pois foi considerada um meio efetivo de detecção precoce do câncer de mama. Ela visa identificar tumores não detectáveis no exame clínico das mamas, possibilitando um tratamento precoce com melhor prognóstico. Foi estimado que o rastreamento mamográfico, mediante programas organizados, reduz a mortalidade por câncer de mama em torno de 20% após 13 anos de acompanhamento (CORRÊA *et al.*, 2017). O câncer de mama, quando detectado na mamografia, apresenta estadiamento clínico inicial, que implica em tumores menores, com menor disseminação em linfonodos axilares, se comparado ao exame clínico isolado. Há uma forte correlação entre o tamanho do tumor maligno e a extensão da propagação axilar

Nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade por CM reduziu em cerca de 30% e na Europa, países como a Suécia, onde se observa uma das maiores taxas de cobertura de rastreamento mamográfico (75% da população-alvo) reduziram em 36%, desde que os programas de rastreamento foram implantados (AZEVEDO E SILVA, 2014). Um estudo de revisão da OMS evidencia que o rastreamento mamográfico pode reduzir em 25% a mortalidade pelo câncer de mama (WHO, 2001). Estudos na Dinamarca e Finlândia evidenciaram uma redução da mortalidade de 25 e 24% do câncer de mama em função dos programas de rastreio mamográfico adotados. Estudo canadense também mostrou redução de taxas de mortalidade em 40%, comparando mulheres que participaram de um programa de rastreamento com mulheres que não participaram com as idades de 40 a 79 anos entre 1990 e 2009. Na Austrália, estima-se que o *Breast Screen*, programa de rastreamento deste país, esteja associado a uma redução da taxa de mortalidade por CM entre 21 e 28%. Dois outros estudos de caso-controle de programas de rastreio do CM neste mesmo país demonstraram associação da mamografia com uma diminuição de 30 a 41% e de 52% na mortalidade por CM (HADDAD, 2015).

Estes índices, segundo Silva *et al* (2011), foram alcançados com o rastreamento, mas o seguimento foi primordial, pois permitiu que todas as mulheres rastreadas e diagnosticadas fossem tratadas, de forma precoce e adequada (SILVA *et al.*, 2011).

O rastreamento através da mamografia está associado não somente a benefícios mas, também a danos em função dos resultados falsos-positivos, do sobrediagnóstico, sobretratamento e dos cânceres induzidos por radiação ionizante. Apesar disto, as evidências científicas como um todo, baseadas na maioria dos trabalhos de Ensaio Clínico Randomizados e Metanálises confirmam que os benefícios superam os eventuais danos, com redução de 20 a 25% na mortalidade, quando realizado bienalmente, na faixa etária de 50 a 69 anos (MIGOWSKI *et al*, 2018). Os programas de rastreamento divergem quanto a periodicidade e faixa etária nos diversos países, mas apesar das controvérsias, os benefícios de se detectar um câncer de mama precocemente devem ser observados, por reduzir a taxa de mortalidade e por diminuir a agressividade do tratamento, possibilitando melhora na qualidade de vida (HADDAD, 2015).

Segue abaixo, quadro 1, com as recomendações de rastreamento do câncer de mama no mundo.

Quadro1: Recomendações de rastreamento no mundo

Organização / ano recomendação	Recomendação
<i>Norwegian Breast Cancer Screening Program</i> (Noruega), 2010	Mamografia a cada 2 anos para mulheres com idade de 47 a 73 anos
<i>US Preventive Services Task Force</i> (Estados Unidos), 2009	Mamografia a cada 2 anos para mulheres com idade de 50 a 74 anos
<i>United Kingdom National Health Service Breast Screening Program</i> (Reino Unido), 2010	Mamografia a cada 3 anos para mulheres com idade de 47 a 73 anos
<i>Canadian Task Force on Preventive Health Care</i> (Canadá), 2010	Mamografia de rotina para mulheres com idade de 50 a 74 anos
<i>National Cancer Institute</i> (Estados Unidos), 2012	Mamografia a cada 1 ou 2 anos para mulheres com idade > ou = 40 anos
<i>Breast Screen Australia Program</i> (Austrália), 1996	Mamografia a cada 2 anos para mulheres com idade de 50 a 69 anos
<i>American Cancer Society</i> (Estados Unidos), 2013	Mamografia anual iniciada aos 40 anos
SBM, CBR, FEBRASGO (Brasil), 2012	Mamografia anual para mulheres com idade de 40 a 69 anos
<i>National Centre for Screening Monitoring</i> (Itália), 2005	Mamografia a cada 2 anos para mulheres com idade de 50 a 69 anos
Ministério da Saúde (Brasil), 2015	Mamografia a cada 2 anos para mulheres com idade de 50 a 69 anos

Fonte: Haddad, 2015

O câncer de mama tem grandes chances de cura se diagnosticado e tratado precocemente, para tanto duas estratégias diferentes, mas complementares devem ser usadas: o *downstaging* que busca garantir o diagnóstico precoce da doença clinicamente detectável e o rastreamento da doença clinicamente oculta, não percebida nos exames clínicos (SILVA *et al.*, 2018).

No Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as recomendações governamentais para a detecção precoce do câncer de mama foram respaldadas inicialmente pelo Programa Viva Mulher (1996 até 2003). Em 2003, o Ministério da Saúde, por meio do INCA, da Área Técnica da Saúde da Mulher e com

o apoio de sociedades médicas, organizou a Oficina de Trabalho para Elaboração de Recomendações ao Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama e elaborou o documento de consenso que definiu as diretrizes nacionais para a detecção precoce do câncer de mama de 2004 até setembro de 2015. As diretrizes do consenso de 2004 estavam alinhadas com as da Organização Mundial da Saúde (OMS) e as de países com tradição de programas de rastreamento, sobretudo na Europa. Em 2015 o INCA/Ministério da Saúde atualizaram as recomendações para rastreamento do Câncer de mama, a partir de revisões sistemáticas da literatura, avaliação da qualidade e síntese das evidências envolvendo membros do Ministério da Saúde e da academia (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

Segue abaixo quadro comparativo mostrando a evolução das recomendações do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer de mama a partir de 1996.

Quadro 2: Recomendações do MS para rastreamento do câncer de mama:

96-2003	DIRETRIZES 2004	DIRETRIZES 2015-2019
ECM: anual para todas as mulheres (principalmente acima de 40 anos).	EXAME CLÍNICO DAS MAMAS: anual a partir dos 40 anos. Risco elevado: anual a partir dos 35 anos	ECM: Ausência de recomendação para rastreamento tanto contrária quanto favorável.
AEM: mensal para todas as mulheres, especialmente acima dos 40 anos.	AUTO EXAME DAS MAMAS Realizado na intenção da mulher conhecer seu próprio corpo, em qualquer faixa etária.	AEM: Recomendação contrária fraca para rastreamento com técnica padronizada e periodicidade fixa. Como estratégia de conscientização do próprio corpo: recomendação favorável fraca.
MAMOGRAFIA Somente para confirmação do diagnóstico pelo médico especialista. Alto risco: anual, a partir de 40 anos 50 a 69 anos: anual (ideal). Indicada só por especialista no exame físico anormal (poucos recursos).	MAMOGRAFIA 50 a 69 anos: bianual Risco elevado: anual a partir de 35 anos	MAMOGRAFIA: Antes dos 50: recomendação contrária forte. 50 a 59 anos: Recomendação favorável fraca. 60 a 69 anos: Recomendação favorável fraca. 70 a 74 anos: Recomendação contrária fraca. 75 ou mais: Recomendação contrária forte. Periodicidade: rastreamento bienal nas faixas etárias recomendadas.
	ULTRASSONOGRRAFIA Risco elevado, mais de 35 anos. Complementar à mamografia.	Recomendação contrária forte, tanto isoladamente ou como complemento de mamografia
	RISCO ELEVADO Mulheres com histórico familiar (mãe, filha, irmã) com CA de mama antes dos 50 anos, CA bilateral de mama ou CA de ovário em qualquer faixa etária e histórico familiar de CA em homens. Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.	História familiar de câncer de mama ou ovário em parentes de primeiro grau; casos de câncer de mama antes dos 50 anos; caso de câncer de mama e ovário em um mesmo familiar; câncer de mama bilateral; caso de câncer de mama em homem; e ancestralidade judaica asquenaze. As diretrizes de 2015 não contemplam recomendações para mulheres de risco elevado.

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

O Ministério da Saúde, nas diretrizes de 2015, recomenda rastreamento bianual com mamografia em mulheres na idade entre 50 e 69 anos. O monitoramento destas ações de detecção precoce do câncer de mama é possível, através do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA) implantado em 2009 no país. No SISMAMA são registradas informações sobre mamografias, exames citopatológicos e histopatológicos realizados pelo SUS ((MIGOWSKI *et al.*, 2018).

Em dados levantados no SISMAMA, 2010-2011, em estudo de Tomazzelli e colaboradores (2017) abrangendo todo o país, levantou-se que quase 40% das mamografias de rastreamento foram realizadas em mulheres de 40-49 anos e somente 51,2% foram realizadas em mulheres na faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde: 50 a 69 anos. A elevada oferta da mamografia de rastreamento fora da faixa etária preconizada aumenta a demanda por exames de confirmação diagnóstica, produzindo maior desequilíbrio entre oferta e utilização, além de expor mulheres de menor risco aos efeitos de sobrediagnóstico e sobretratamento. Mulheres com menos de 50 anos têm maior densidade mamária e menor sensibilidade à mamografia o que acarreta em maior número de resultados falsos-positivos e a realização de intervenções que aumentam os custos sem comprovação de eficácia na redução da mortalidade (CÔRREA *et al.*, 2017).

Levantou-se também que as mamografias de rastreamento com informação de realização de mamografia anterior e repetição no intervalo de um ano foi de 46,6% em 2010 e de 44,7% em 2011 (TOMAZELLI *et al.*, 2017). Estes dados evidenciam um descompasso entre o preconizado pelo MS e as práticas de saúde. Contudo tais resultados podem estar relacionados às recomendações de outras sociedades científicas como a Sociedade Brasileira de Mastologia, o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, que preconizam o rastreamento mamográfico na faixa etária entre 40 e 69 anos, com periodicidade anual (CORREA *et al.*, 2017).

Segundo estudo de Côrrea e colaboradores (2017), em 2011, no estado de Minas Gerais, grande parte dos exames de mamografia foi feito também em mulheres que não pertencem a faixa etária preconizada pelo MS, especialmente em

mulheres de 40 a 49 anos e a maioria das mamografias teve periodicidade anual em conformidade com os dados obtidos no Brasil.

Acompanhando este quadro do país e do estado de Minas Gerais, em pesquisa de corte de dados administrativos do SISMAMA, referentes a mulheres residentes na microrregião de saúde de Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim, Minas Gerais, estimou-se um sobrerastreio mamográfico por periodicidade excessiva em 21% das mulheres, sem evidência de qualquer benefício. Há sim maior exposição aos riscos advindos do rastreamento e o ônus desnecessário ao SUS. Estes resultados levam a superestimações nas estimativas de cobertura mamográfica quando calculadas com número de exames/população alvo. O rastreamento mamográfico oportunístico, vigente no país tem permitido que esta periodicidade se afaste da recomendada, levando ao sobrerastreio (RODRIGUES *et al*, 2019).

A cobertura no Brasil (27 mamografias para cada 100 mulheres em 2012) é muito inferior à preconizada (50 mamografias para cada 100 mulheres) para a população feminina de 50-69 anos, sem subtrair a população coberta por planos de saúde privados - que seria para o país, neste grupo, segundos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em torno de 31,9%. Esta baixa cobertura não é justificada por número insuficiente de mamógrafos. A quantidade de mamografias de rastreamento realizadas no Brasil, 3.995.627 em 2012 está aquém da capacidade de produção dos mamógrafos, 7.735.294 em 2012 (TOMAZELLI *et al*, 2017). O seguimento também é insuficiente dos casos com achados radiológicos suspeitos (27% na faixa etária de 50 a 59 anos, 63% na faixa de 60 a 69 anos, de acordo com dados do SUS) (AZEVEDO E SILVA *et al*, 2014).

Segundo dados dos sistemas de informações do SUS de 2010, em estudo de Azevedo e Silva e colaboradores (2014), evidenciou-se uma cobertura baixa de mamografia nas faixas etárias alvo do rastreamento, SUS dependente, estimada a partir da razão exames/população alvo, de 32,2% para as mulheres de 50-59 anos e de 25% para as de 60-69 anos. A menor cobertura entre as mulheres de 60-69 anos foi encontrada na Região Norte (8,3%), e a cobertura mais alta entre as mulheres de 50-59 anos foi encontrada na Região Sul (45,6%) evidenciando a grande desigualdade regional no país. A razão entre mamografias e população alvo do rastreamento, uma medida indireta de cobertura, mostrou-se baixa em todas as faixas etárias analisadas, contudo é inegável que vem aumentando a oferta do

exame no país. O aumento, segundo estudo com dados da PNAD 2003- 2008 foi de 42% entre as mulheres SUS dependentes e na faixa etária 50-69 anos se observou aumento de 30%. A escolaridade, renda familiar e residir em área metropolitana aumentam as chances de acesso à mamografia.

Segundo dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) a produção de mamografias foi de 4.609.094 no ano de 2018 e aumentou em 19% de 2012 a 2017, para a população de 50 a 69 anos. Em 2012, somente 52,8% das mamografias de rastreamento eram realizadas em mulheres de 50 a 69 anos mas em 2017 chegou-se ao percentual de 64%. Deve se observar, contudo que este aumento da utilização não necessariamente garante os resultados esperados pelas ações de rastreamento, porque eles dependem da qualidade, da população-alvo e da periodicidade da realização destas mamografias de rastreamento (MIGOWSKI *et al.*, 2018).

Para alcançar as metas previstas pelo MS no Pacto Pela Vida estipulou-se a ampliação da cobertura do rastreamento mamográfico para 60% da população-alvo e, posteriormente, no Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas, a meta foi para 70% até 2022, para tanto são necessárias ações neste sentido (INCA, 2018c).

Os programas de rastreamento têm potencial para reduzir a mortalidade por câncer de mama, contudo uma cobertura acima de 70-75% segundo recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e orientações europeias, é considerada como um requisito para alcançar esse objetivo (IARC, 2002). No Brasil, período 2010-2011, a cobertura mamográfica entre mulheres de 50-69 anos para a maioria das 438 microrregiões de saúde do Brasil foi muito menor (mediana = 21,6%; IQR: 8,1% -37,9%) do que 70% -75%, com grandes desigualdades com relação à cobertura, variando de <1% a 84% com grandes desigualdades geográficas no acesso e na aceitação dessa intervenção de saúde pública. Maior cobertura foi observada nas microrregiões mais desenvolvidas socioeconomicamente, com menores desigualdades de riqueza. Salienta-se, que as marcantes desigualdades no acesso e na captação da mamografia em todo o Brasil indicam uma distribuição desigual de barreiras que limitam o acesso à triagem. Neste sentido, enfrentar essas desigualdades é crucial para garantir que o rastreamento mamográfico reduza a mortalidade por câncer de mama (NOGUEIRA *et al.*, 2019).

Há necessidade de estudos que estimem, a nível nacional, o quanto estas recomendações do MS têm mostrado resultados no controle do câncer de mama no

país com intuito de responder às necessidades de saúde das mulheres brasileiras, segundo Azevedo e Silva (2014).

Em um estudo recente, com esta abordagem, observou-se que 40% das mulheres com câncer de mama no Brasil, idade média ao diagnóstico de 55,4 anos, foram diagnosticadas em um estágio avançado no período 2001-14, estágio no qual as opções de tratamento são mais restritas e menos eficazes e, portanto, com pior sobrevida, apesar das políticas de rastreamento terem sido implementadas no país a partir de 2004. Verificou-se esta prevalência alta e persistente, se comparada à de países desenvolvidos, em todos os estratos étnico-racial e social do país, mas com maior impacto entre as populações mais desfavorecidas. Nas mulheres negras e nas brancas com pouca ou nenhuma escolaridade formal chegou a 49%, número que cai para 29% nas mulheres brancas com diploma universitário. Estes resultados podem implicar em que as políticas de detecção precoce podem ter tido pouco efeito sobre a mortalidade por câncer de mama até o momento e destacam a necessidade de se priorizar principalmente o diagnóstico oportuno de câncer de mama sintomático, com a doença ainda em fase precoce, bem como de assegurar a todas as mulheres as possibilidades terapêuticas disponíveis, e não somente o rastreamento da doença assintomática (DOS-SANTOS-SILVA, ISABEL *et al.*, 2019).

Entre as principais barreiras à realização da mamografia estudadas por Schneider (2014) está a não solicitação médica, corroborando estudo de Marinho (2008) onde mais de 80% das entrevistadas também relataram esta como a principal barreira. No Brasil, médicos e enfermeiros podem solicitar a mamografia de rastreamento, e em função disto aumentar a adesão, contudo a falta de solicitação do exame pode ser um dos problemas do rastreamento oportunístico que requer a busca da mulher pelos serviços e para tanto se pressupõe um esclarecimento maior das mulheres sobre a importância da realização do exame.

Outras barreiras verificadas são o medo do exame, que pode ser em função tanto de um possível diagnóstico do câncer de mama, quanto ao fato do exame poder ser doloroso e o achar desnecessário. Estudo de Lourenço (2009), em São Paulo, acusa como principais barreiras, o relato do medo do câncer em 20,5% das mulheres e o medo da dor em 25,1%, mas a ausência dos sintomas é o principal fator para 60,4% das mulheres. Estas barreiras mostram principalmente a falta de conhecimento sobre o rastreamento do câncer de mama, e de orientações que

poderiam minimizar possíveis medos e ansiedades e esclarecer sobre a importância da mamografia.

A melhora da comunicação em saúde e da eficácia da informação transmitida possibilita que mulheres com baixa escolaridade e com menor renda, logo com menor chance de realização de mamografia, acessem os serviços de saúde. Uma estratégia para promoção da equidade é a mobilização social, com a participação de todos os envolvidos, governo, pacientes e comunidade, no intuito de aumentar a adesão ao rastreio mamográfico, e consequente redução da mortalidade por câncer de mama (SCHENEIDER *et al*, 2014).

A ampliação da cobertura do rastreamento, com políticas de rastreamento organizado, com a busca ativa das mulheres, principalmente das menos favorecidas deve ser analisada para que haja a diminuição da mortalidade por este câncer.

5 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero (CCU), também denominado carcinoma de útero cervical, é uma doença de evolução lenta, que se caracteriza pela replicação desordenada do seu epitélio de revestimento com o envolvimento do tecido subjacente, podendo comprometer também estruturas e órgãos adjacentes (INCA, 2019). O câncer do colo do útero inicia-se a partir de uma lesão precursora, uma anormalidade epitelial conhecida como lesão intraepitelial (de baixo grau, NIC I, de alto grau NIC II e III), além do adenocarcinoma in situ, sendo curável na quase totalidade dos casos (BRASIL, 2011b).

O câncer pode apresentar-se assintomático na fase inicial da doença, mas com a evolução do quadro para o estágio invasor da doença, começam a surgir manifestações clínicas como sangramento vaginal (espontâneo, após o coito ou esforço), leucorréia e dor pélvica, que podem associar-se a queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados. O toque vaginal pode mostrar alterações na forma, tamanho, consistência e mobilidade do colo do útero e estruturas subjacentes. Esta doença, contudo, é de desenvolvimento lento e a detecção precoce da infecção pelo HPV, e das lesões precursoras do câncer do colo do útero, através da realização periódica do exame citopatológico com tratamento adequado, impedem a progressão para o câncer (BRASIL, 2013; INCA, 2019).

O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papilomavírus Humano), sendo que o HPV-16 e o HPV-18 respondem por cerca de 70% deste tipo de câncer (WHO, 2007 *apud* INCA, 2019). A infecção pelo HPV é muito frequente. Estima-se que 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas, contudo a infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente, para o desenvolvimento do câncer cervical uterino. Na maioria das vezes a infecção cervical pelo HPV é transitória e regride espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição. Além de aspectos inerentes à própria infecção pelo HPV (subtipo e carga viral, infecção única ou múltipla), fatores relacionados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influir na regressão, na persistência da infecção ou na progressão para lesões precursoras ou câncer (INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER, 2009).

A associação entre o câncer cervical e a presença de HPV foi apontada pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC) em 1995 em estudo multicêntrico com dois mil casos de câncer do colo do útero e dois mil controles. Corroborando este achado, outro estudo também desenvolvido pela IARC, que avaliou 1000 mulheres com câncer do colo do útero. O DNA do HPV foi detectado em 97% dos tumores, implicando que a infecção pelo HPV é uma condição importante para a evolução deste câncer (RIBEIRO, 2008).

A maioria das infecções por HPV regride espontaneamente em mulheres com menos de 30 anos, sendo raro o câncer do colo do útero nesta faixa etária, entretanto acima dessa idade, confere fator de risco pela frequência da persistência com pico de sua incidência na faixa etária de 45 a 50 anos. A mortalidade também aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida. (INCA, 2018b).

São considerados fatores de risco, além da infecção pelo HPV, para o desenvolvimento de câncer do colo do útero, o uso de contraceptivos orais, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o tabagismo (BRASIL, 2012).

O câncer de colo de útero, embora tenha alta incidência, tem forte potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente, chegando próximo de 100%, quando diagnosticado na fase inicial da doença. Entre as estratégias de prevenção mais utilizadas, além da detecção precoce, está a vacinação, o uso de preservativo e ações educativas (INCA, 2018b).

As ações de prevenção do câncer do colo do útero estão relacionadas à redução do risco de contágio pelo papilomavírus humano (HPV). A transmissão da infecção pelo HPV ocorre por via sexual, através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital, logo o uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual confere proteção parcial do contágio pelo HPV (INCA, 2018b).

Considerando que o HPV é condição necessária para o câncer cervical, a vacinação para prevenção do HPV tem potencial para reduzir a carga de doença cervical e lesões precursoras. O Ministério da Saúde adotou a vacina quadrivalente contra HPV que confere proteção contra HPV de baixo risco (HPV 6 e 11) e de alto risco (HPV 16 e 18). Os dois primeiros causam verrugas genitais e os dois últimos são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero. A meta é vacinar pelo menos 80% da população alvo para alcançar o objetivo de reduzir a

incidência deste câncer nas próximas décadas no país. A ampliação do acesso à vacinação é uma ação da atenção básica, que pode impactar na alta complexidade ao reduzir os casos de câncer (INCA, 2018b). A vacina tem maior evidência de proteção e indicação para pessoas que nunca tiveram contato com o vírus, sendo destinada exclusivamente à utilização preventiva, não tendo efeito demonstrado ainda nas infecções pré-existentes ou na doença clínica estabelecida (INCA, 2018b).

A vacina tetravalente contra o HPV foi implementada em 2014 inicialmente para meninas, na faixa etária de 11 a 13 anos e agora estendida para 9 a 14 anos. Em 2017 foi disponibilizada a vacina também para os meninos de 12 a 13 anos, sendo que até 2020 serão incluídos também os de 9 a 11 anos. O Brasil é o primeiro país na América Latina e o sétimo no mundo a oferecer a vacina quadrivalente contra o HPV para meninos em programas nacionais de imunizações. Jovens de 9 a 26 anos vivendo com HIV/aids também estão incluídos no programa (INCA, 2018b).

5.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer no mundo, mais comum entre as mulheres, excetuando-se os casos de pele não melanoma. No ano de 2018, foram registrados cerca de 570 mil casos novos de câncer do colo do útero no mundo. Ele é responsável por estimados 311 mil óbitos por ano, sendo a quarta causa mais frequente de morte por câncer em mulheres no mundo. O câncer cervical ocupa o segundo lugar na incidência e mortalidade logo atrás do câncer de mama em locais com baixo IDH (WHO, 2018).

Nos países desenvolvidos, as taxas de incidência e mortalidade do câncer de colo de útero são menores devido a programas de detecção precoce bem estruturados, ao maior alcance das ações de rastreamento, ao diagnóstico precoce da doença e ao acesso aos avanços no tratamento, com prolongamento da vida das pacientes. Em países de baixa renda, as taxas continuam altas, em função da escassez e das dificuldades ao acesso a cuidados primários e especializados. Segundo o Globocan (2012), cerca de 85% dos casos de câncer do colo do útero ocorrem nos países menos desenvolvidos. O Brasil apresenta valores intermediários no padrão de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero (INCA, 2018c). A comparação internacional das taxas de mortalidade para o câncer do colo do útero

nos anos de 1998 a 2002 varia: de 0,6/100.000 ano na Itália a 13,1/100.000 ano na África do Sul; no Brasil é de 4,9/100.000 ano (SILVA, 2011).

No Brasil, para o ano de 2018/2019, são estimados 16.370 casos novos de câncer do colo do útero (INCA, 2018a) sendo que em 2015, ocorreram 5.727 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,86 óbitos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2018a).

Na análise regional do Brasil, o câncer do colo do útero se destaca como o mais incidente e com maior mortalidade na região Norte, seguido das regiões Centro-Oeste e Nordeste e com menores incidências e mortalidades nas regiões Sudeste e Sul. O câncer do colo do útero tem diminuído nas regiões mais ricas e nas capitais em função das ações de rastreamento que têm ocorrido a partir dos anos 90, contudo no interior ainda se observa altas taxas, o que fortalece a hipótese da desigualdade de acesso a serviços no Brasil, seja em função do nível socioeconômico, seja em função de ser residente em áreas urbanas ou rurais (SILVA *et al.*, 2011). As taxas de incidência desse tipo de câncer entre as grandes regiões nacionais, em 2017, varia de 23,9 por 100 mil mulheres na região Norte a 11,3 por 100 mil mulheres na região Sudeste (RIBEIRO, 2018). O câncer do colo do útero exibiu queda (-39,7%) particularmente nas regiões mais desenvolvidas do país, em estudo de variação de mortalidade e magnitude do câncer nos anos de 1990 e 2015 (GUERRA *et al.*, 2017). A identificação destas diferenças é essencial para compreender as desigualdades de acesso, de oferta e qualidade de serviços de saúde no país ao se propor o planejamento de ações para o enfrentamento deste câncer (RIBEIRO, 2018).

No estado de Minas Gerais, para o ano de 2018, o INCA estimou ocorrência de 890 casos novos de câncer de colo de útero, com taxa bruta de 8,4 casos novos por 100 mil. A mortalidade, no estado, por esta neoplasia, cresceu em torno de 21,6% na população entre os anos de 2006 (taxa bruta 3,7/100 mil) e 2017 (taxa bruta 4,5/100 mil). No ano de 2017, ocorreram 400 óbitos por esta neoplasia, representando 4,3% do total de óbitos por todas as neoplasias do sexo feminino, que corresponderam à taxa bruta de mortalidade de 3,8 óbitos por 100 mil (MINAS GERAIS, 2013; INCA,2018).

Comparadas às taxas das regiões de mais alta e baixa mortalidade do mundo, as taxas de mortalidade por câncer de colo do útero em Juiz de Fora, como no Brasil, mostram-se com valores intermediários. As taxas anuais de mortalidade

por câncer de colo de útero em Juiz de Fora, em estudo de série temporal, variaram nos anos de 1996 e 2006 entre valores 3,6 e 7,3 por 100mil, taxas estas inferiores às observadas na região sudeste (taxa média de 12/100 mil) e no país. Houve queda na mortalidade por câncer de colo do útero entre 1980 e 2006, para todas as idades, exceto entre 40-49 anos, com maior ritmo de queda nos primeiros 10 anos da série, similar ao observado na maioria dos estudos no país (RODRIGUES, 2011).

As estimativas de sobrevida do câncer de colo de útero em cinco anos no Brasil, foram de 63,2% (59,9 - 66,5) para o período de 2005 a 2009 e de 60,3% (56,3 - 64,3) para o período de 2010 a 2014. Contudo, uma sobrevida média estimada em 5 anos, 2010-2014, de 70% ou mais já foi alcançada em sete países (Japão, Coréia e Taiwan; Dinamarca, Noruega e Suíça; e Cuba) (ALLEMANI *et al.*, 2018) .

Analisando esses dados de incidência e mortalidade no país observa-se que as diferenças regionais, urbanas e intraurbanas e também econômico-culturais existentes no Brasil geram um padrão em que coexistem fatores relacionados à pobreza e ao desenvolvimento. Mulheres com baixa condição socioeconômica, com dificuldade de acesso a serviços de prevenção e cuidado, e mulheres com alto nível socioeconômico, que por esta condição, apresentam maior acesso a estes cuidados e prevenção e conseqüente melhor prognóstico a este câncer (RODRIGUES, 2011).

5.2 DETECÇÃO PRECOCE: RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO PRECOCE

O método principal e mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou, também conhecido como exame citopatológico do colo do útero, exame colpocitopatológico ou oncocitológico. Ele é reconhecido mundialmente como uma estratégia segura e eficiente para a detecção precoce do CCU na população feminina. Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (INCA, 2019).

O teste de Papanicolaou é considerado internacionalmente como o instrumento mais adequado, mais sensível, de baixo custo e bem aceito pelas mulheres, podendo a coleta de material ser feita, não apenas por médicos, mas também por outros profissionais de saúde (enfermeiros e auxiliares de enfermagem), adequadamente treinados, logo é procedimento de fácil difusão (BRASIL, 2013).

Contudo, o exame apresenta suas limitações. A técnica baseia-se na interpretação subjetiva das alterações morfológicas presentes nas células cervicais, coletadas por meio de amostragem adequada da junção escamo-colunar (JEC), podendo nos diferentes serviços, mostrar grande variação na sensibilidade para detectar o câncer do colo do útero. A presença de somente pequenas e/ou poucas células anormais, dificultam a detecção bem como a presença de inflamação ou de sangue mascara as alterações patológicas, podendo gerar resultados falso-negativos (RIBEIRO, 2012).

Tanto a incidência como a mortalidade do câncer de colo de útero podem ser reduzidas com programas organizados de rastreamento. Uma expressiva redução na morbimortalidade pela doença foi alcançada nos países desenvolvidos após a implantação de programas de rastreamento de base populacional a partir de 1950 e 1960 (WHO, 2008).

Os programas de rastreamento organizado têm por meta realizar o diagnóstico precoce em pessoas assintomáticas através de exames diagnósticos. Estes programas são voltados para a detecção precoce da doença ou agravamento à saúde e são estruturados para monitorar o acesso das mulheres às ações integrais de controle deste câncer, seguindo as recomendações adotadas no país. Tais programas têm como intuito a diminuição da morbimortalidade do câncer (LORENZATO, 2008).

A definição e recrutamento da população-alvo, a adoção de recomendações baseadas em evidências científicas, estipulando o intervalo de realização do exame citopatológico, a meta de cobertura, a infraestrutura assistencial nos três níveis de atenção, o monitoramento do processo de rastreamento com recrutamento de mulheres faltosas e garantia de abordagem específica para mulheres com exames alterados, garantia de qualidade dos procedimentos realizados em todos os níveis de cuidado, protocolos de diagnóstico e tratamento, inclusive para o manejo dos casos suspeitos, capacitação e treinamento continuados de profissionais são essenciais num programa organizado de rastreio, bem como o comprometimento dos gestores, garantindo a qualidade das ações e o suporte financeiro. Em função de toda esta gama de fatores a serem observados, é reconhecido que um programa de rastreamento organizado para o controle do câncer do colo do útero é um desafio a ser alcançado no Brasil (BRASIL, 2010a).

Já os programas oportunistas, se caracterizam pela procura espontânea dos indivíduos aos serviços de saúde, seja pela demanda espontânea pelo preventivo ou guiada por algum tipo de sintoma, queixas ginecológicas, dor ou mal estar ou ainda por orientação de algum profissional da saúde, ou como parte de outro procedimento ginecológico ou obstétrico (LORENZATO, 2008).

Nos Estados Unidos, o rastreamento é predominantemente oportunístico. As diretrizes para o rastreamento da *American Cancer Society* (ACS) recomendam a realização do exame citopatológico a partir de 21 anos de idade. Mulheres de 21 a 29 anos de idade devem fazer o exame citopatológico a cada 3 anos. De 30 a 65 anos devem fazer o exame citopatológico juntamente com o teste HPV a cada 5 anos (adequado de 3 em 3 anos também). Mulheres com mais de 65 anos com resultados normais nos últimos 10 anos não precisam mais fazer o exame (RIBEIRO, 2012).

Já na Finlândia, o rastreamento é organizado e observou-se redução de 80% na incidência e na mortalidade pelo câncer do colo do útero desde o início do programa em 1963. Na Islândia, o programa de rastreamento, igualmente organizado, foi implantando em 1964. A faixa etária recomendada era de 25 a 69 anos e a periodicidade dos exames a cada dois ou três anos. Após estudo baseado nos 40 anos de rastreio no país concluíram que o mesmo deveria começar antes dos 25 anos, com intervalo máximo de três anos entre os exames citológicos até os 40 anos de idade e após esta idade intervalo de cinco anos até os 65 anos (LORENZATO, 2008). Nos Países Baixos, coexistem o rastreamento oportunístico e o convite para população local/regional desde os anos 70. Observou-se também declínio na mortalidade e na incidência pelo câncer do colo do útero (RIBEIRO, 2012).

A Coreia do Sul apresenta programas organizados gratuitos de rastreamento do câncer do colo do útero: pelo Seguro Nacional de Saúde às seguradas e pelo Programa Nacional de Rastreamento do Câncer às mulheres de baixa renda, com idade superior a 30 anos a cada dois anos. O país conta também com o rastreamento oportunístico realizado em hospitais e clínicas particulares, tendo alcançado redução da mortalidade por CCU entre as mulheres na faixa etária de 30 a 69 anos e uma sobrevida média estimada em 5 anos, 2010-2014, de 70%, segundo CONCORDE-3(RIBEIRO, 2012).

Estudo realizado na Suécia, mostrou que alterações no seu programa de rastreamento, que era de demanda espontânea, para convocações das mulheres de 25 a 69 anos que não fizeram o exame citopatológico nos últimos três anos, por meio de cartas, acarretaram no aumento da cobertura na faixa etária alvo em 8,4% e reduziu a incidência dessa doença em 22% no período de 1992 a 2000. (SILVA *et al.*, 2006).

A Inglaterra e País de Gales implantaram seu programa organizado de rastreamento em 1988. O programa prevê busca ativa, convites e re-convites regulares a cada 3 ou 5 anos, com consulta marcada para todas as mulheres na faixa etária preconizada (20 a 64 anos). O programa alcançou uma redução de 58% na incidência do câncer do colo do útero em mulheres entre 20 a 24 anos e de 45% em mulheres com idades entre 25 e 29 anos (LORENZATO, 2008).

O rastreamento por meio do exame citopatológico alcançou uma redução significativa na incidência e mortalidade, bem como a diminuição do ônus do câncer do colo do útero nos países desenvolvidos nas últimas décadas. Programas organizados com convocação sistemática das mulheres, acompanhamento e supervisão posterior tiveram um grande impacto onde implementados (ex.: Finlândia e Islândia), com menos custos que programas oportunistas ou não organizados (ex.: EUA) (RIBEIRO, 2012).

Já na maioria dos países em desenvolvimento, o rastreamento para o câncer do colo do útero não apresentou impacto tão expressivo nas taxas de incidência e mortalidade por essa patologia (RIBEIRO, 2012).

Segue quadro abaixo com as recomendações de rastreamento do câncer do colo do útero no mundo.

Quadro 3: Recomendações de rastreamento do câncer do colo do útero no mundo.

Faixa Etária		
< 25 anos	25 a 64 anos	> 64 anos
Estados Unidos	Brasil	Estados Unidos
Inglaterra	Inglaterra	
País de Gales	País de Gales	
Islândia	México	Islândia
	Suécia	Suécia
	Coréia do Sul	Coréia do Sul
Periodicidade		
3 anos	Diferente de 3 anos	
Brasil	Coréia do Sul (2 anos)	
EUA (21 a 29 anos)	EUA (30 a 65- 5 anos)	
Islândia (< 25 a 40 anos)	Islândia (41 a 65- 5 anos)	
Suécia	México (anual)	
Inglaterra		

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

No Brasil, não existe um programa organizado de rastreamento, e sim predomínio do rastreamento oportunístico, baseado na procura ocasional dos serviços de saúde, sem uma preocupação em se rastrear a doença e a periodicidade do exame em cada mulher. Essa realidade gera baixa cobertura populacional, rastreamento excessivo de um grupo insuficiente de mulheres para representar a população e baixa cobertura para aquelas que mais apresentam fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Parcela significativa das mulheres que compõem o grupo de maior risco para o desenvolvimento da doença não são contempladas e as iniquidades no acesso aos

serviços de saúde se evidenciam, bem como a insuficiência de recursos para investimentos na saúde e capacitação dos profissionais, entre outros (GOULART, 2014).

Um dos principais objetivos do rastreamento, nos últimos anos, tem sido o aumento da cobertura do exame citopatológico, para tanto em 1995, o MS elaborou um projeto-piloto de rastreamento do CCU no país denominado “Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero” em função da Conferência Mundial sobre a Saúde da Mulher na China. Nesta conferência, o país assumiu o compromisso de desenvolver um programa visando ao controle do CCU em todo território nacional. Em 1997, este Programa foi implementado em seis localidades sendo daí estendido para todo o país. Logo após foi criado o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), com o intuito de monitorar, gerenciar e analisar os dados coletados nas unidades de saúde e laboratórios bem como as ações do Programa (THULER, 2012).

O Ministério da Saúde recomendava, nas Diretrizes Brasileiras anteriores a 2011, que o exame citopatológico deveria ser disponibilizado às mulheres com vida sexual ativa, prioritariamente àquelas da faixa etária de 25 a 59 anos, definida como a população-alvo (BRASIL, 2010). A partir de 2011, as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero estenderam o exame citopatológico (exame de Papanicolaou) para as mulheres na faixa etária de 25 até 64 anos que já tiveram atividade sexual (BRASIL, 2016).

A priorização desta faixa etária como a população-alvo do Programa justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas para não evoluírem para o câncer. Segundo a OMS, a incidência deste câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dada a sua lenta evolução (BRASIL, 2016).

A recomendação para o rastreamento é a repetição do exame citopatológico a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo

reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento. O rastreamento de mulheres portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas deve ser realizado logo após o início da atividade sexual, com periodicidade anual após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo semestral. Por outro lado, não devem ser incluídas no rastreamento mulheres sem história de atividade sexual ou submetidas a histerectomia total por outras razões que não o câncer do colo do útero (BRASIL, 2016).

Entre as metas pactuadas pelo Brasil no plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, estão o aumento da cobertura do exame preventivo e o tratamento de 100% das mulheres com lesões precursoras até 2022 (BRASIL, 2011).

Analisando o rastreamento no país, verifica-se que a produção de exames citopatológicos foi cerca da metade da estimada como necessária para rastrear 100% da população-alvo no SUS em 2015, resultado este encontrado em todas as grandes regiões do país. Os maiores déficits de procedimentos foram encontrados nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, onde são vistas as maiores taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero o que evidencia que as condições socioeconômicas e barreiras na assistência influenciam no controle do câncer de colo de útero (RIBEIRO, 2018).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, a cobertura autorrelatada do exame citopatológico em mulheres de 25-69 anos foi de 78,8% e a chance de mulheres cobertas por planos privados de saúde terem realizado exame citopatológico foi três vezes maior se comparada à daquelas que dependiam exclusivamente do SUS (RIBEIRO, 2018). Os resultados dessas pesquisas evidenciam que grande parte das mulheres que apresentam menor risco para o desenvolvimento do câncer uterino estão cobertas pelo exame e justamente as que se apresentam mais vulneráveis e estão mais expostas aos fatores de riscos deste câncer ainda estão às margens dos programas de rastreamento (RIBEIRO, 2012).

Segundo levantamento do Instituto Nacional de Câncer, em 2013, apenas 11% dos exames foram realizados na periodicidade recomendada. É possível que os déficits encontrados estejam subestimados, uma vez que entre os exames realizados, muitos podem ser repetição de testes nas mesmas mulheres (RIBEIRO, 2018). Estes déficits de exames de rastreamento podem representar um importante entrave na linha de cuidado do câncer do colo do útero. Eles merecem ser avaliados

e corrigidos, devendo ser dada prioridade ao conhecimento sobre os motivos, para que melhores resultados do rastreamento desse tipo de câncer sejam possíveis (DIAS, 2010).

O rastreamento organizado do câncer do colo do útero é, reconhecidamente, capaz de reduzir a incidência e a mortalidade pela doença, contudo o caráter oportunístico do rastreamento no Brasil, somado a problemas na qualidade dos registros nos sistemas de informações e à baixa adesão aos protocolos nacionais, dificultam o monitoramento, avaliação e organização das ações de detecção precoce da doença, para se alcançar maior cobertura (DIAS, 2010).

Em estudo com dados do SISCOLO, entre 2000 e 2010, a cobertura pelo exame citopatológico foi considerada insatisfatória. No ano de 2000, o Estado de Minas Gerais teve cobertura em relação à meta SUS (Programa Viva Mulher) de 63,8%. Em 2010, observou-se melhoria da cobertura quando comparada à de 2000, alcançando cobertura igual a 89,3%. Mas deve-se observar que há grande heterogeneidade socioeconômica nas macrorregiões do estado e as coberturas acompanham estas diferenças (NASCIMENTO, 2015).

Em estudo realizado por Ribeiro (2016) em Juiz de fora, MG, entre mulheres que frequentaram o pré-natal observou prevalência de não submissão ao exame de 21,3%, com não adesão mais frequente entre as mulheres jovens, solteiras e com baixa escolaridade. O contato com o serviço de saúde para realização do pré-natal não determinou o acesso ao exame, indicando perda de oportunidades onde o rastreamento é oportunístico (RIBEIRO; BASTOS; VIEIRA; RIBEIRO; TEIXEIRA; LEITE; *et al.*, 2016).

Silva e Goulart (2014) elencaram fatores associados à baixa adesão de mulheres ao exame citopatológico como desmotivação, vergonha, distância, acúmulo de funções no cotidiano das mulheres, dificuldades para deixar filhos ou parentes, não poder deixar o trabalho, dificuldades financeiras e com transportes, além da relação com os serviços de saúde como dificuldades de acesso aos serviços de atenção básica e a busca ativa insuficiente. O medo diante da possibilidade de se descobrir alguma doença e ausência de sintomas são sentimentos que se fazem presentes na não realização do exame preventivo. O planejamento das ações dentro dos serviços pode oportunizar formas alternativas de acesso ao exame preventivo em função da necessidade das mulheres, inclusive com busca ativa das faltosas.

6 OBJETIVOS

O objetivo geral e os objetivos específicos foram listados abaixo e explicitados.

6.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Juiz de Fora (JF), Minas Gerais (MG), sobre as ações de controle dos cânceres de mama e do colo de útero, preconizadas pelo Ministério da Saúde e identificar os fatores associados.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as características sociodemográficas e de formação profissional dos médicos e enfermeiros inseridos na ESF do município;

Relacionar as características sociodemográfica e de formação profissional aos conhecimentos, atitudes e práticas.

Analisar comparativamente as práticas de médicos e enfermeiros da ESF;

Identificar possíveis barreiras à prática e à educação permanente dos profissionais.

Descrever a atenção à saúde da mulher, especialmente as ações de controle dos cânceres de mama e do colo do útero ofertada pelas UBS com Estratégia Saúde da Família no município.

7 METODOLOGIA

A metodologia é explicitada em 6 itens a seguir.

7.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, onde todas as medidas são realizadas em um único momento, não existindo período de seguimento dos indivíduos. É apropriado neste caso, pois permite descrever as variáveis que poderão caracterizar os fatores principais no processo de investigação dos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais, médicos e enfermeiros da ESF sobre o controle dos cânceres de mama e do colo do útero, informando a situação no momento da coleta dos dados.

7.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Juiz de Fora, MG, no período de abril a agosto de 2019, junto as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ESF.

O município situa-se na Zona da Mata mineira, região sudeste do estado de Minas Gerais e apresenta uma população de 516.247 habitantes segundo o censo de 2010, com estimativa do IBGE de 568.873 habitantes para 2019, sendo o quarto mais populoso do estado. O Índice de Desenvolvimento Humano Médio – IDHM0, geral é igual a 0,828 (IDH alto). Juiz de Fora tem 13,61% de sua população com idade igual ou superior a 60 anos, acima das médias de Minas Gerais e do Brasil, dado este crucial para planejamento em saúde pública, devido às necessidades de ações e serviços (especialmente ações no controle dos cânceres, que atingem mais esta faixa etária), voltados para uma população longeva (HORTA, 2014).

A rede de Atenção Primária a Saúde (APS) de Juiz de Fora apresenta um modelo misto de atenção à saúde, onde convivem equipes tradicionais junto à Estratégia de Saúde da Família. A ESF foi implantada em 1995 na cidade e, nos últimos anos, tem apresentado crescimento expressivo (HORTA, 2014).

Observa-se que a ESF é estruturada em equipes de saúde da família, que são constituídas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde. As equipes de saúde da família

atuam em áreas geográficas definidas e com populações adstritas, contendo um ideal de até 4000 pessoas para cada equipe, sendo 3000 a média recomendada, contudo este número, em função do risco e da vulnerabilidade social da população coberta, pode ser alterado (MALTA, 2016).

O município de Juiz de Fora tem uma rede de serviços de atenção básica que contempla 63 UBS distribuídas em 7 regiões administrativas. Há 94 equipes da ESF, distribuídas em 42 UBS. No modelo Tradicional de Assistência estão 21 UBS, sendo 11 na área urbana e demais na área rural. Duas UBS são mistas, coexistindo o Modelo Tradicional e a ESF, e o Modelo Tradicional e o PACS (HORTA, 2014).

Segundo dados obtidos no DATASUS de outubro de 2019, a estimativa da população de JF coberta pela atenção básica é de 424.650 habitantes. A cobertura da APS (ESF somada às equipes tradicionais) está em torno de 72,25%, estando cerca de 27,75% da população em área descoberta. A estimativa da população coberta pela ESF é de 324.300 habitantes, cobertura de 57,4%. O município tem 432 ACS, que fazem cobertura de uma população estimada em 248.400 habitantes, com 44,02% de cobertura. Segundo estes dados fornecidos pelo MS observa-se que JF tem em média 4,6 ACS por equipe e 3.450 habitantes em média por equipe da ESF (Dados: out/2019). A carga horária dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF no município de Juiz de Fora é de 40 horas semanais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

7.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada através de entrevista junto aos supervisores das UBS ou seu representante imediato e entrega de questionários autoaplicáveis (Apêndice A) junto aos profissionais médicos e enfermeiros atuantes na ESF da Atenção Primária de Saúde de Juiz de Fora.

No período da pesquisa, de abril a agosto de 2019, a ESF do município de Juiz de Fora contava com 183 profissionais, 96 enfermeiros e 87 médicos, atuando efetivamente nas 42 UBS da ESF da rede de atenção básica do município, que constituíram-se na população de estudo.

Foram entregues 183 questionários, contemplando todos os profissionais médicos e enfermeiros atuantes na ESF. O número de médicos participantes do

estudo foi de 79 e o de enfermeiros 91, perfazendo um total de 170 profissionais (93%) que efetivamente participaram da pesquisa.

Foram ainda entrevistados 40 supervisores de UBS ou seu representante imediato, sendo que em duas unidades da área rural, não foi realizada a entrevista por dificuldade de acesso e incompatibilidade de horários.

Foi realizada entrevista semi-estruturada, com um roteiro previamente elaborado (Apêndice B) junto aos supervisores das UBS ou seu representante imediato com intuito de obter informações sobre o processo utilizado para marcação de consultas, exame citopatológico e mamografia. Na entrevista, foi também explicitado o objetivo da pesquisa e a importância da adesão dos profissionais.

Os questionários destinados aos profissionais da ESF foram entregues aos supervisores das UBS ou, na ausência deste, ao responsável imediato pela unidade, para que os repassassem aos médicos e enfermeiros de suas equipes. No mesmo momento, foram explicitados os objetivos da pesquisa, bem como os procedimentos para preenchimento do questionário. Os profissionais foram orientados, a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a responder todas as questões conforme a realidade vivenciada e não a idealizada. Foi garantido também o anonimato e, com intuito de evitar a possibilidade de identificação, não foram incluídos itens como nome ou endereço. Visando à manutenção do sigilo os questionários foram ainda acondicionados em envelopes. Foi estabelecida uma data, em acordo com os profissionais e ou supervisores, para que os questionários fossem recolhidos pela própria pesquisadora. Foram obtidos nesta fase 154 questionários.

Para os profissionais que não responderam na primeira tentativa, foi feita nova entrega individual do questionário pelo pesquisador, auxiliado por um bolsista do projeto de extensão intitulado: "CAP das Usuárias de uma UBS sobre o controle do CM e do CCU" da Faculdade de Medicina da UFJF, tendo sido obtidos mais 16 questionários preenchidos, atingindo 93% da população alvo. Dos 13 profissionais que não participaram da pesquisa, dois se recusaram a responder ao questionário e para 11 (3 da área rural e 8 da área urbana) não foi possível obter o questionário preenchido, após, no mínimo, três contatos.

7.4 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

Foi elaborado um questionário auto-aplicável, para identificar as ações realizadas no rastreio e diagnóstico de câncer de mama e do colo do útero, baseado no “Formulário de Identificação das Ações no Controle do Câncer de Mama na Atenção Primária” de Moraes (2011), adaptado às novas diretrizes do Ministério da Saúde, em vigor desde 2015 (BRASIL,2015). Foram incluídas também questões sobre o câncer de colo de útero, não abordado no questionário de referência, considerando as diretrizes mais recentes adotadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

O instrumento foi submetido a um pré-teste aplicado a 10 profissionais, médicos e enfermeiros, com experiência na ESF e ou na área da saúde da mulher, não incluídos na população de estudo, com o objetivo de verificar a adequação, compreensão e pertinência das questões, bem como para verificação do tempo necessário para responder as questões, que resultou em uma média de 20 minutos. Foi submetido também à banca de qualificação com adequação de algumas questões para melhor contemplar o objetivo do estudo.

O questionário apresenta 52 questões de múltipla escolha e está estruturado da seguinte forma (Apêndice A):

- 1- Caracterização sociodemográfica dos profissionais: questões 1 a 4
- 2- Formação e capacitação profissional: questões 5 a 17
- 3- Ações no controle do câncer de mama: questões 18 a 35
- 4- Ações no controle do câncer de colo de útero: questões 36 a 45
- 5- Ações Gerais: questões 46 a 52.

Quadro 4: Estruturação do questionário.

Conteúdo abordado	Número das questões
Conhecimento sobre câncer de mama	22, 23, 18, 21, 25, 30 e 31
Práticas e atitudes de controle do CM	19,20, 24, 27,28, 24, 32, 33, 34 e 35.
Barreiras ao controle do câncer de mama	29, 30.1, 26, 13 e 14.
Conhecimento sobre câncer de colo de útero	37, 38, 39 e 44
Práticas e atitudes de controle do CCU	36, 41, 43, 45 e 50
Barreiras ao controle do CCU	40 e 42
Ações de Educação Permanente	11,12,13, 14, 15,16, 17
Ações Gerais	46,47,48, 49, 51 e 52

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Variáveis referentes a conhecimentos do CM:

Foram consideradas respostas “corretas” sobre o conhecimento para o controle do câncer de mama quando o respondente assinalou:

- ✓ A faixa etária de 50 a 69 anos e a periodicidade bianual para a mamografia (questão 22 e 23).
- ✓ Sim, para os fatores de risco: terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos, primeira gestação após os 30 anos, pouco tempo de aleitamento materno, uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos, excesso de peso, sedentarismo, etilismo e exposição à radiação. E não para menarca tardia, menopausa precoce e tabagismo (questão 18).
- ✓ Sim para todos os fatores de alto risco: história de CM e ou ovário pessoal, história de CM em homens na família, história de CM e ou de ovário em parentes de primeiro grau (questão 21).

- ✓ Que a mamografia pode trazer risco para a usuária, reduz a mortalidade, melhorando o prognóstico para o CM e que não se indica ultrassom para rastreamento do CM (questões 25, 30 e 31).

Foi considerado desfecho com conhecimento adequado para o CM quando o respondente assinalou a faixa etária de 50 a 69 anos e a periodicidade bianual para a mamografia.

Variáveis referentes a prática do CM:

Foram consideradas respostas “corretas” para a prática de controle para o CM quando o respondente assinalou:

- ✓ Que investiga os fatores de risco para o CM e adota atitudes singulares em função destes fatores de risco sempre ou com frequência (questão 19 e 20).
- ✓ Solicita mamografia para o rastreamento e encaminha as mulheres com resultado com suspeita de CM (questão 24 e 27).
- ✓ Orienta a examinar as mamas (questão 32).

Foi considerado desfecho com prática adequada para o CM quando o respondente assinalou que investiga os fatores de risco para o CM e adota atitudes adequadas em função destes fatores de risco sempre ou com frequência, como por exemplo, recomendar mamografia anual para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.

Variáveis referentes a atitude do CM:

Foram consideradas respostas “corretas” quanto à atitude para o controle do CM quando o respondente assinalou:

- ✓ Que orienta frequentemente ou sempre sobre os fatores de risco para o CM e orienta sobre as manifestações clínicas do CM (questão 35.2 e 35.3).
- ✓ Faz a busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia (questão 28).
- ✓ Que orienta frequentemente ou sempre sobre o CM à paciente, a fazer mamografia na faixa etária e periodicidade indicada e sobre os resultados dos exames (questão 35.4 e 35,7).

Foi considerado desfecho com atitude adequada para o CM quando o respondente assinalou que orienta frequentemente ou sempre sobre os fatores de risco para o CM, orienta sobre as manifestações clínicas do CM e faz a busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia.

Variáveis referentes às barreiras ao controle do câncer de mama:

Foram consideradas barreiras ao rastreamento quando o respondente assinalou:

- ✓ Grau alto ou médio de dificuldade ao rastreamento do câncer de mama em relação às proposições: desconhecimento da população; dificuldade de acesso da população; poucos profissionais com informações atualizadas sobre rastreamento; número de profissionais insuficiente na equipe da ESF; equipamentos insuficientes; cota de mamografias insuficiente; falta de um programa de rastreamento organizado; falta de comprometimento da gestão; resistência da mulher em realizar a mamografia (Questão 30.1).
- ✓ Tempo de demora, entre a solicitação da mamografia e o retorno da paciente com o resultado, superior a 3 meses (Questão 26).
- ✓ Não ter recebido capacitação para o controle do câncer de mama há mais de 3 anos (Questão 13).

Variáveis referentes a conhecimentos do CCU:

Foi considerado desfecho “correto” com para o CCU quando o respondente assinalou:

- ✓ A faixa etária e a periodicidade indicados pelo MS, 25 a 64 anos e a cada 3 anos após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo anual (questão 38 e 39).
- ✓ Sim para os fatores de risco, iniciação sexual precoce, multiplicidade de parceiros sexuais, infecção persistente por vírus HPV 16 e 18 e uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos e não para nuliparidade e uso de preservativos (questão 37).
- ✓ Sim para os fatores protetores para o CCU, vacina tetravalente, exame preventivo e uso de preservativos (questão 44).

Foi considerado desfecho com conhecimento adequado para o CCU quando o respondente assinalou a faixa etária e a periodicidade indicados pelo MS, 25 a 64 anos e a cada 3 anos após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo anual.

Variáveis referentes a prática do CCU:

Foi considerado desfecho com prática adequada para o CCU quando o respondente assinalou:

- ✓ Que investiga sempre ou com frequência os fatores de risco para o CCU, faz busca ativa das mulheres que tiveram resultados alterados no exame preventivo e faz o seguimento das mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero (questão 36, 43 e 45).

Variáveis referentes a atitude do CCU:

Foi considerado desfecho com atitude adequada para o CCU quando o respondente assinalou que faz busca ativa das mulheres que faltaram a consulta e coleta (questão 41).

Variáveis referentes a prática coletiva para os dois tipos de cânceres:

Foi considerado resultado com prática coletiva “correta” quando o respondente assinalou que:

- ✓ Faz frequentemente ou sempre palestras coletivas de orientação e orientações através de roda de conversa (questão 34)
- ✓ Organiza e ou realiza reunião educativa para as usuárias (questão 50).

Variáveis referentes às barreiras ao controle do câncer do colo do útero:

Foram consideradas barreiras ao rastreamento quando o respondente assinalou algum dos seguintes itens:

- ✓ Paciente falta; falta material específico para a coleta dos exame; não recebeu capacitação para realizar o exame; dificuldade no agendamento do exame; resistência da mulher em realizar o exame com profissional de outro sexo; ou outra dificuldade (Questão 40).
- ✓ Tempo de demora da solicitação do exame e o retorno do resultado superior a três meses (Questão 42).
- ✓ Não ter recebido para o controle do câncer do colo do útero nos últimos três anos.

Variáveis referentes às ações de educação permanente:

Foram consideradas ações adequadas de educação permanente quando o respondente assinalou:

- ✓ Que se atualiza frequentemente ou sempre através de: congressos; cursos oferecidos pela PJJ, cursos com financiamento próprio; através de informações com colegas e através da internet (Questão 11).
- ✓ Que fez cursos nos últimos dois anos (questão 12).
- ✓ Que recebeu capacitação nos últimos três anos para o controle dos cânceres de mama e do colo do útero (questão 13 e 14).

Variáveis referentes às ações gerais:

Foram consideradas respostas adequadas, quando o respondente assinalou:

- ✓ Os sistemas informatizados implantados em sua UBS;
- ✓ Os principais problemas encontrados na utilização destes sistemas;
- ✓ A finalidade destes sistemas.
- ✓ Se tem agenda da mulher.

7.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em banco de dados no programa SPSS e submetidos a testes de limpeza e consistência. Foram calculadas estatísticas descritivas e investigadas associações entre conhecimentos, atitudes e práticas de ações de controle dos cânceres de mama e do colo do útero e as demais variáveis, por meio do teste qui-quadrado para as análises bivariadas. Foram também calculadas estatísticas descritivas para as questões relacionadas à entrevista semi-estruturada nas UBS.

7.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em 30/11/2018 parecer 3.038.828 CAAE:02584318.8.00005147. Os profissionais foram informados, pela pesquisadora, sobre os objetivos da pesquisa e que, caso não participassem ou desistissem de participar da pesquisa, não haveria nenhum prejuízo para os mesmos. Concordando em participar, os profissionais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam ao questionário.

8 RESULTADOS

A população de estudo foi de 170 profissionais, o que corresponde a uma taxa de participação de 93%. Destes 53,5% são enfermeiros (91) e 46,5% médicos (79) (Tabela 1).

Em relação ao perfil sociodemográfico (tabela1) verifica-se, que a maioria dos entrevistados é do sexo feminino (74,1%), há predomínio da faixa etária entre 30 e 49 anos de idade, a maioria é casada e cerca de 36 % não têm filhos.

Analisando comparativamente esta caracterização sociodemográfica, observa-se que há diferenças significativas entre as duas categorias profissionais. Os médicos são mais jovens, representam o maior número de solteiros, têm menor número de filhos e maior equilíbrio na porcentagem de homens e mulheres (Tabela 1).

Quanto ao tempo de graduação, verifica-se que 45% dos profissionais têm mais de 20 anos de graduação, 79% têm pós-graduação, 29% têm mais de 10 anos de atuação na UBS e 72% atuam exclusivamente na ESF (Tabela 1).

Confrontando as categorias médicos e enfermeiros, verifica-se que os enfermeiros têm maior tempo de graduação e maior titulação, já os médicos têm 2 extremos quanto ao tempo de graduação, os recém-formados e os com mais de 20 anos de graduação. Há diferença significativa entre os dois grupos nestes aspectos. Os enfermeiros possuem também maior tempo de atuação na UBS e maior exclusividade a ESF.

Os profissionais mais jovens (13,8%) são homens (56,5%), solteiros (91%), não têm filhos, têm menor tempo de formados e possuem somente graduação (70%). A maioria (56,5%) tem menos de 1 ano de atuação na UBS e trabalha em outro serviço da área de saúde (52%). Os participantes que têm entre 30 e 49 anos (47,9%) são na maioria mulheres (81%), casados (65%), a maior parcela não tem filhos (36%), têm entre 11 a 20 anos de graduação (49,4%), têm pós-graduação (84%), trabalham de 1 a 5 anos naquela UBS (34%) e 74% exclusivamente na ESF. Os que têm mais de 50 anos (38,3%) são em sua maioria mulheres (78%), casados (72%), com mais de 2 filhos (53%), têm mais de 20 anos de graduação (95%) e possuem pós-graduação (> 90%), 56% trabalham há mais de 10 anos naquela UBS e 79 % trabalham exclusivamente na ESF.

Tabela1: Caracterização sociodemográfica e de atuação profissional dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Varáveis	Total (n)	Total %	Médicos(n)	%	Enfermeiros(n)	%	Valor de p
Total	170	100	79	46,50	91	53,50	
Faixa etária							
Até 29 anos	23	13,80	19	24,40	4	4,50	0,001
30 a 49 anos	80	47,90	34	43,60	46	51,70	
50 anos ou mais	64	38,30	25	32,00	39	43,80	
Sexo							
Feminino	126	74,10	41	51,90	85	93,40	< 0,001
Masculino	44	25,90	38	48,10	6	6,60	
Estado Civil							
Solteiro	55	32,74	33	42,31	22	24,44	0,015
Casado/União estável	100	59,52	39	50,00	61	67,78	
Separado/Viúvo	13	7,74	6	7,69	7	7,78	
Filhos							
Não tem	61	36,31	37	47,40	24	26,70	0,018
Um	50	29,76	18	23,10	32	35,60	
Dois ou mais	57	33,93	23	29,50	34	37,80	
Formação							
Tempo de graduação							
1 a 5 anos	29	17,26	25	31,60	4	4,50	< 0,001
6 a 10 anos	19	11,31	15	19,00	4	4,50	
11 a 20 anos	43	25,6	12	15,20	31	34,80	
> 20 anos	77	45,83	27	34,20	50	56,20	
Titulação							
Graduação	36	21,10	28	35,40	8	8,80	< 0,001
Pós-graduação	134	78,90	51	64,60	83	91,20	
Tempo de atuação na Unidade Básica de Saúde							
< 1 ano	44	25,88	22	27,80	22	24,20	0,112
1 a 5 anos	44	25,88	26	32,90	18	19,80	
6 a 10 anos	33	19,41	14	17,70	19	20,90	
> 10 anos	49	28,82	17	21,50	32	35,20	
Outro serviço							
Sim, na área de saúde.	41	24,40	25	32,10	16	17,80	0,112
Sim, em outra área.	5	3,58	2	2,60	3	3,30	
Não.	121	72,02	50	64,10	71	78,90	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Nota: As diferenças no total podem ser justificadas pela ausência de informação.

Os médicos e enfermeiros da ESF da PJJ têm buscado em sua grande maioria cursos de especialização e aperfeiçoamento profissional, para melhoria de suas práticas. Apurou-se no levantamento dos dados da pesquisa que 79% dos profissionais têm pós-graduação, 58% têm curso de especialização, sendo 54,7% na área da ESF, 20% têm mais de uma especialização, 14% têm residência, 6% mestrado e 2% doutorado. São 91% dos enfermeiros e 64,6% dos médicos com pós-graduação ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Quanto a participação em congressos e cursos de atualização, verifica-se que um terço dos profissionais toma parte frequentemente ou sempre nos mesmos (Tabela 2). Observa-se que médicos participam mais que os enfermeiros ($P= 0,038$), bem como os profissionais mais jovens. Esta frequência diminui com a faixa etária ($p=0,033$). Os profissionais com menos de 10 anos de graduação também participam mais de congressos do que os com mais de 10 anos, sendo significativa esta diferença ($p=0,001$).

Em torno de 38% dos profissionais fazem cursos frequentemente com financiamento próprio e os médicos o fazem mais que os enfermeiros ($p < 0,005$) (tabela 2). Os homens proporcionalmente (58,5%) realizam mais cursos com financiamento próprio do que as mulheres ($p= 0,002$). Os profissionais mais jovens ($p < 0,005$), solteiros ($p=0,013$), sem filhos ($p= 0,001$), com menor tempo de graduação ($p < 0,005$) e trabalho nas UBS ($p= 0,02$), e os que têm somente graduação se atualizam mais em cursos particulares ($p= 0,001$). Esta frequência diminuiu significativamente com o aumento da idade, com o tempo de graduação e com o tempo de trabalho nas UBS.

A maioria dos participantes (55%) realiza frequentemente cursos oferecidos pela PJJ/MS. Com relação à capacitação profissional acerca das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde sobre o controle do CM e do CCU, verifica-se que cerca de 70% dos profissionais não receberam ou a receberam há mais de 3 anos, sendo que 50% dos que receberam concordam parcialmente que a capacitação possibilitou um bom conhecimento sobre o controle dos cânceres de mama e do colo do útero (Tabela 2). Quanto à disponibilidade, nas UBS, das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do câncer de mama de 2015 e do câncer do colo do útero de 2016, muitos profissionais afirmaram não saber acerca da

disponibilidade da mesma (58 médicos- 36% e 66 enfermeiros- 40,4%) e em torno de 10% afirmaram não ter a diretriz na UBS.

Oitenta e seis por cento (86%) dos médicos e 72,5% dos enfermeiros relataram ter feito o último curso de capacitação, em qualquer área, há menos de dois anos ($p=0,031$). Em relação a outras modalidades de educação permanente, constata-se que a grande maioria dos profissionais (94%) utiliza a troca de informações com os colegas e a internet como meio para se atualizar (tabela 2). Há diferença significativa, na utilização da internet, entre os profissionais que não têm filhos e os que têm mais de 2 filhos, sendo mais favorável ao primeiro grupo ($p=0,014$).

As informações trazidas por representantes de laboratório também são fonte de atualização para cerca de 50% dos médicos e 11% dos enfermeiros ($p < 0,001$) (Tabela 2). Entre os profissionais apenas com graduação, em torno de 40% se atualizam através deste meio, enquanto entre os com pós-graduação, somente 26% buscam esta opção. Há diferença também significativa entre os profissionais sendo que os mais jovens e os com menor tempo de graduação se atualizam mais através deste meio ($p=0,036$) e ($p=0,0031$) respectivamente.

A totalidade dos profissionais acha importante ou muito importante ter educação permanente (Tabela 2). Somente 8% dos profissionais relataram consultar alguma fonte para responder o questionário, variando entre documentos do Ministério da Saúde, literatura, protocolos entre outros.

Tabela 2: Atualização dos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

VARIÁVEIS	Total (n)	Total %	Méd.(n)	%	Enf. (n)	%	p
Participação em congresso							
Sim	42	27,8	26	35,6	16	20,5	0,038
Não	109	72,1	47	64,4	62	79,5	
Cursos fornecidos pela Prefeitura de Juiz de Fora e Ministério da Saúde							
Sim	91	54,8	44	56,4	47	53,4	0,698
Não	75	45,2	34	43,6	41	46,6	
Curso Particular							
Sim	60	37,98	41	53,2	19	23,5	< 0,001
Não	98	62,02	36	45,8	62	76,5	
Troca com colegas							
Sim	153	93,87	71	93,4	82	94,3	0,825
Não	10	6,13	5	6,6	5	5,7	
Representantes de laboratório.							
Sim	112	70,4	39	50,6	73	89	< 0,001
Não	47	29,6	38	49,4	9	11	
Internet (artigo, diretrizes)							
Sim	158	94,6	76	96,2	82	93,2	0,388
Não	9	5,4	3	3,8	6	6,8	
Tempo que fez último curso							
< 2 anos	134	78,8	68	86,1	66	72,5	0,031
> 3 anos	36	21,2	11	13,9	25	27,5	
Capacitação câncer de mama < 3 anos							
Sim	50	29,6	23	29,1	27	29,6	0,900
Não	119	70,4	56	70,9	63	70,4	
Capacitação câncer do colo do útero < 3 anos							
Sim	48	28,2	23	29,1	25	27,5	0,813
Não	122	71,8	56	70,9	66	72,5	
Acha importante Educação Permanente							
Sim	169	100	78	100	91	100	
Não	0	0	0	0	0	0	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Nota: As diferenças no total podem ser justificadas pela ausência de informação.

O conhecimento da faixa etária e da periodicidade recomendada para o rastreamento mamográfico pelo Ministério da Saúde foi observado por 85% dos profissionais (Tabela 3). Verificou-se diferença significativa entre os profissionais, quanto ao tempo de trabalho naquela UBS, cerca de 80% dos profissionais com menos de 1 ano e aqueles com mais de 10 anos na UBS têm conhecimento da faixa etária recomendada. Este valor atinge 94,7% entre os que têm de 1 a 10 anos de tempo na UBS. Todas as variáveis foram relacionadas às características sociodemográficas e de formação dos profissionais, sendo apresentados as porcentagens e aqueles com diferença estatística entre os grupos.

Há também diferença significativa ($p=0,004$) positiva para os profissionais que se atualizam através da troca de informações entre os colegas (90,2%), em relação aos que não fazem esta troca (60%), quanto à indicação correta desta faixa etária para o rastreamento do câncer de mama. Entre os profissionais que fizeram curso há menos de 2 anos, verificou-se que 87,9% indicam corretamente a periodicidade para o rastreamento, com diferença significativa para o outro grupo (75%) que não fez cursos ou o fez há mais tempo ($p=0,05$).

Em relação ao conhecimento de que a mamografia pode trazer risco para a usuária, observa-se que somente 35% dos profissionais têm ciência deste fato. São 59% os profissionais que indicam o ultrassom para o rastreamento do CM, e 97% os profissionais que acreditam que a mamografia reduz a mortalidade, melhorando o prognóstico do câncer de mama (Tabela 3).

Quanto aos conhecimentos acerca dos fatores de risco para o CM, destaca-se que mais de 95% dos profissionais identificam a terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos como fator de risco para o CM, contudo observa-se que o uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos foi identificado como fator de risco por somente 73% dos profissionais.

Verificou-se que cerca de 70% dos profissionais reconhecem o período curto de aleitamento materno como fator de risco para o CM. Os profissionais com mais idade, casados, com maior número de filhos, com pós-graduação e com maior tempo de UBS têm desempenho melhor no reconhecimento deste fator de risco. Há diferença significativa para todas estas variáveis (valores de p em sequência, ($p=$

0,047), ($p= 0,006$), ($p= 0,008$), ($p=0,023$) e ($p=0,024$)). Este perfil de profissional também alcança resultado melhor na identificação da primeira gestação após os 30 anos como fator de risco, mas sem diferença significativa entre os grupos.

Fatores de risco também relacionados ao CM como a exposição à radiação e o tabagismo são apontados por mais de 90% dos profissionais e o sedentarismo e o etilismo são indicados por cerca de 80% dos profissionais.

O excesso de peso obteve índice de identificação acima de 85%. Profissionais que fizeram capacitação nos últimos 2 anos têm um desempenho melhor em relação a este fator de risco, do que aqueles que não fizeram ou fizeram há mais tempo, 89,5% de acerto contrastando com 73%, com diferença significativa entre os 2 grupos ($p= 0,014$).

A menarca tardia e a menopausa precoce são apontadas erroneamente como fatores de risco por, 45% e 55% dos profissionais, respectivamente. Quanto ao conhecimento dos fatores de alto risco para o desenvolvimento do CM, verifica-se que 98% dos participantes da pesquisa têm conhecimento que história de CM pessoal ou familiar, em parentes de primeiro grau confere fator de alto risco à mulher. Além disso, verifica-se que 78,4 % dos profissionais assinalaram o histórico de câncer em homens como fator de alto risco para o CM.

Em torno de 70% dos profissionais têm conhecimento que o câncer de ovário é fator de alto risco para o CM, porém somente 36% dos profissionais com menos de 30 anos de idade indicam corretamente este fator de alto risco, contrapondo aos 82,5% dos que têm mais de 50 anos ($p < 0,005$). Há diferença significativa ($p=0,043$) também quanto ao estado civil, com pior desempenho para os solteiros (60%) e melhor desempenho para os separados/viúvos (90%). Quanto a variável filhos observa-se que ter filhos relacionou-se positivamente ao reconhecimento deste fator de risco, os sem filhos têm 57% de acerto e os que têm filhos, em torno de 80% de acerto ($p= 0,006$).

A história de câncer de ovário em parentes de primeiro grau é assinalada por 71% dos profissionais como fator de alto risco para o CM, contudo somente 45,5% dos profissionais com menos de 30 anos de idade indicam corretamente este fator de alto risco e entre os com mais de 50 anos, 78,6% ($p = 0,013$). Profissionais com maior tempo de graduação ($p=0,001$) ou com curso de pós-graduação ($p= 0,005$) também apresentam maior percentual de acerto. O maior tempo de graduação relaciona-se também positivamente ao reconhecimento deste fator de alto risco. Há

diferença significativa também em relação ao tempo de trabalho na UBS, com pior desempenho (55%) dos profissionais com menos de 1 ano de atuação naquela UBS em relação aos demais grupos. A diferença foi significativa ($p=0,05$).

Tabela 3: Conhecimento do controle do Câncer de Mama de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.

Variáveis	N	%	Med	%	Enf	%	P
Conhecimento da faixa etária indicada para mamografia de rastreamento							
Sim	148	87,1	68	86,1	80	87,9	0,722
Não	22	12,9	11	13,9	11	12,1	
Conhecimento da periodicidade indicada para mamografia de rastreamento							
Sim	143	85,1	71	80,9	72	80,9	0,103
Não	25	14,9	08	19,1	17	19,1	
Conhecimento que a mamografia pode trazer risco para a usuária							
Sim	58	35,4	26	33,8	32	36,8	0,687
Não	106	64,6	51	66,2	55	63,2	
Conhecimento se indica ou não ultrassom para rastreamento do câncer de mama.							
Sim	98	58,3	43	54,4	55	61,8	0,334
Não	70	41,7	36	45,6	34	38,2	
Conhecimento: mamografia reduz a mortalidade, melhorando o prognóstico do câncer de mama.							
Sim	165	97,1	77	97,5	88	97,1	0,768
Não	5	2,9	02	2,5	03	2,9	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Nota: As diferenças no total podem ser justificadas pela ausência de informação.

Prática e atitude em relação ao controle do câncer de mama:

Em relação as práticas e atitudes observa-se que acima de 94% dos profissionais fornecem à paciente informações sobre o CM sempre ou frequentemente (Tabela 4). 98,9% dos profissionais que afirmam ter na UBS as diretrizes para o CM do MS fornecem à paciente informações sobre o CM sempre ou frequentemente contrapondo aos 88,2% dos que afirmam não ter o documento na UBS e aos 92% dos que não sabem se há o documento ($p=0,05$). Há diferença significativa entre os que têm pós-graduação (96,3%) e os que têm somente graduação (86,1%) ($p=0,021$), bem como para os profissionais que receberam capacitação para o CM em relação aos que não receberam ou receberam há mais de 3 anos ($p=0,035$).

Em torno de 90% dos profissionais orienta as usuárias das UBS sobre as manifestações clínicas do CM e sobre os fatores de risco aos quais elas podem estar expostas (Tabela 4).

A prática de investigar os fatores de risco para o câncer de mama também alcança valores acima de 90%. Observa-se diferença significativa dos profissionais que receberam capacitação para o CM em relação aos que não receberam ou receberam há mais de 3 anos ($p=0,005$) em relação a esta prática (Tabela 4). Os enfermeiros investigam mais os fatores de risco que os médicos chegando a valor superior a 94% ($p=0,036$), (Tabela 4). 95% dos profissionais com pós-graduação investigam os fatores de risco para o CM, entretanto somente 72% dos que têm somente graduação o fazem. Há diferença significativa entre os 2 grupos ($p < 0,005$). Somente 76% dos profissionais, que têm menos de 5 anos de graduação, investigam os fatores de risco para o CM, enquanto os profissionais que têm mais de 10 anos de graduação, estes valores superam 93%, com diferença significativa entre os grupos ($p=0,049$). Os profissionais que têm menor tempo de atuação (< 1 ano) nas UBS também têm menor atuação na investigação dos fatores de risco (79,5%) em relação aos que têm maior tempo de UBS. Os valores são ascendentes com maior atuação dos profissionais com mais de 10 anos de UBS (95,9%), com diferença significativa entre os grupos ($p=0,049$). Observe-se que cerca de 80% dos profissionais adota atitudes singulares em função dos fatores de risco aos quais as mulheres podem estar expostas (Tabela 4).

Outros fatores relacionados à prática são a solicitação e a orientação das pacientes a fazerem a mamografia para rastreamento do CM, realizados pela quase totalidade dos profissionais. Observe-se que são 85% os que fazem na faixa etária e periodicidade indicadas pelo Ministério da Saúde, conforme resultados obtidos (Tabela 4). Eles utilizam como principais critérios para solicitar a mamografia, os fatores de risco para o CM, a idade da mulher e o tempo da última mamografia (94%).

A paciente demora em torno de 1 a 3 meses para retornar com a mamografia segundo 69% dos profissionais e tempo menor que 1 mês, segundo 16,5% dos participantes.

Cerca de 70% dos profissionais fazem busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia (Tabela 4). 76,5% dos profissionais que afirmam ter na UBS as diretrizes para o CM do Ministério da Saúde realizam busca

ativa das mulheres, enquanto somente 43,8% dos que afirmam não ter o documento na UBS, realizam a busca ativa. 66,7% dos que não sabem se há o documento fazem a busca ativa ($p=0,0028$).

Os profissionais que não fazem busca ativa relatam como principais motivos: não ter tempo (6%); não ter ACS (6%); falta de rotina; não ser protocolo da UBS; não terem controle sobre os pedidos; sobre estes fluxos e falta de um rastreamento organizado (17%).

A principal dificuldade encontrada na avaliação do resultado do exame da usuária pelo médico é a demora da paciente em agendar o retorno na unidade (43%), seguida da demora da entrega do resultado do exame à paciente (25,3%), segundo os membros da pesquisa.

Outras dificuldades ou limitações ao rastreamento do CM observados são o desconhecimento e dificuldade de acesso da população, considerado de grau médio a baixo de dificuldade, por cerca de 79% e 67,5% respectivamente dos profissionais. Quanto ao número de profissionais na ESF e aos conhecimentos sobre o rastreio serem insuficientes são considerados como barreiras de grau baixo a muito baixo por cerca de 62% e 54,8% dos profissionais. Em relação ao número de equipamentos e cotas de mamografia serem escassos, são considerados de grau médio a baixo por 74% e 62,5% dos participantes, respectivamente. A falta de um programa de rastreamento organizado e falta de comprometimento da gestão são considerados como fatores limitadores de grau médio a baixo por 66,5% e 67,5 % dos profissionais. A resistência da mulher em fazer mamografia é considerada como fator de dificuldade grau médio a baixo por 79,5% dos pesquisados.

Salienta-se que ampla maioria dos profissionais busca orientar as usuárias sempre ou frequentemente acerca dos resultados dos exames e encaminha para a unidade de referência as mamografias com laudo suspeito para CM (Tabela 4). Cem por cento dos enfermeiros encaminham as mulheres com suspeita de CM e 98,23% dos médicos ($p=0,029$).

Quanto a orientação da usuária para examinar suas mamas, 86% dos profissionais as orientam como estratégia de conscientização do próprio corpo, com predomínio dos enfermeiros nesta atividade ($p=0,001$), 6,5% não orientam em função de não estar nas recomendações do Ministério da Saúde para detecção precoce do CM, 3% orientam com intuito de detectar possíveis nódulos ou outras alterações nas mamas e 4,8% não orientam por falta de tempo, falta de local ou por

outros motivos. Esta prática é mais realizada pelos profissionais com maior tempo de graduação (95%) em relação aos que têm menor tempo (67,9%), com diferença significativa ($p < 0,005$), pelos que têm mais idade (95,2%), decrescendo para os mais novos (83,8 % e 68,2%), com diferença significativa entre os grupos ($p < 0,005$).

Em relação a ensinar a fazer o auto-exame das mamas, cerca de 78% dos profissionais têm esta prática sempre ou frequentemente, com predomínio dos enfermeiros nestas atividades ($p < 0,005$) (Tabela 4). Entre os profissionais com menor tempo de graduação, 46,4% ensinam a fazer o auto-exame das mamas, com crescente aumento desta conduta em função do aumento do tempo de graduação. Entre os com mais de 20 anos de graduação, 93,2% a realizam. A diferença estatística entre os grupos foi $< 0,005$. Acompanha esta conduta em relação também à faixa etária onde 54,5% dos profissionais da faixa etária até 29 anos de idade ensinam a usuária a fazer o auto-exame das mamas e entre os com mais de 50 anos são 93,8% ($p < 0,005$). Entre os profissionais com menor tempo de UBS, 65,1% ensinam a fazer o auto-exame das mamas. Há crescente aumento desta conduta em função do aumento do tempo na UBS. Entre os com mais de 10 anos de UBS, 89,8% ensinam as mulheres a fazerem o auto-exame. A diferença estatística entre os grupos foi igual a 0,042. Entre os que fizeram curso há menos de 2 anos, 74,4% ensinam o auto-exame, enquanto o outro grupo que não fez cursos ou o fez há mais tempo são 91,7%. Há diferença significativa também entre os que têm somente graduação (62,9%) e os que têm pós-graduação (82,1%) ($p = 0,014$).

Todos os enfermeiros e em torno de 90% dos médicos ($p = 0,027$) realizam o exame clínico das mamas durante o exame preventivo, em caso de queixa específica feita pelas mulheres (99,4%) e quando por elas solicitados (92,7%) (Tabela 4). Somente 76,5% dos profissionais que têm entre 6 a 10 anos de graduação realiza o exame clínico das mamas, quando solicitados pela mulher. Já os com mais de 10 anos superam os 93%, com diferença significativa ($p = 0,014$).

O exame clínico das mamas para rastreamento também é realizado por cerca de 90% dos profissionais, com maior atuação dos enfermeiros nesta prática ($p = 0,001$) (Tabela 4). Há diferença significativa entre os que têm somente graduação (81,8%) e os que têm pós-graduação (92,8%) ($p = 0,05$). 93% dos profissionais que têm maior tempo de graduação (>10 anos) realizam exame clínico das mamas para rastreamento, contra 82% e 76,5 dos que têm menos de 5 anos e

de 6 a 10 anos de graduação respectivamente ($p= 0,039$). Observa-se que 98,8% dos profissionais que afirmam ter na UBS as diretrizes para o câncer de mama do Ministério da Saúde realizam o exame clínico das mamas para rastreamento contra 87,5% dos que afirmam não ter o documento na UBS e 82% dos que não sabem se há o documento ($p=0,002$). No entanto, as diretrizes em vigor não recomendam o exame clínico das mamas como método de rastreamento.

Somente em torno de 30% dos profissionais realizam palestras coletivas de orientação com maior atuação dos enfermeiros ($p < 0,005$) (Tabela 4). Os profissionais com tempo de graduação entre 11 e 20 anos (44,7%) são os que mais adotam esta modalidade de orientação, os que menos adotam esta modalidade são os que têm menor tempo de graduação, 1 a 5 anos (13,8%) ($p=0,038$). 42,5% dos profissionais que realizam cursos frequentemente ou sempre oferecidos pela PJF/MS realizam palestras coletivas de orientação, contra 17,1% dos que não fazem cursos ($p= 0,001$).

Apenas 28,5% dos profissionais utilizam o recurso rodas de conversa para fazerem orientações às usuárias das UBS. Há maior atuação dos enfermeiros em relação aos médicos neste quesito ($p= 0,001$) (Tabela 4). Os profissionais com maior tempo de UBS, > 20 anos, são os que mais adotam esta modalidade de orientação, os que menos adotam esta modalidade são os que têm graduação de 6 a 10 anos, somente 19% deles ($p=0,048$). Há diferença significativa entre profissionais que não exercem outra atividade remunerada (33,5%) e os que exercem (15,5%) em relação a este quesito ($p= 0,032$). 35% dos profissionais que realizam cursos frequentemente ou sempre oferecidos pela PJF/MS faz mais orientações através de rodas de conversa e somente 19,7%, dos que não realizam estes cursos usam esta modalidade de orientação ($p=0,035$). 29,7% dos profissionais que se atualizam inclusive através de trocas de informações com os colegas faz orientações para as usuárias através de rodas de conversa. Este tipo de atividade não é realizada pelo grupo de profissionais que não realizam troca de informações com seus pares ($p=0,043$) (Tabela 4).

Tabela 4: Práticas e atitudes para o controle do câncer de mama de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	N	%	Méd	%	Enf	%	p
Investiga fatores de risco para o câncer de mama							
Sim	153	90,0	67	84,8	86	94,5	0,036
Não	17	10,0	12	15,2	5	5,5	
Adota atitudes singulares em função dos fatores de risco							
Sim	135	80,8	60	75,9	75	85,2	0,128
Não	32	19,1	19	24,1	13	14,8	
Solicita mamografia para rastreamento do câncer de mama							
Sim	169	99,4	78	98,7	91	100	0,281
Não	1	0,6	1	1,3	0	0	
Encaminha as mulheres com resultado com suspeita de câncer de mama							
Sim	167	98,2	78	98,7	89	100	0,029
Não	3	1,7	1	1,3	0	0	
Faz busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia							
Sim	112	69,1	52	70,3	60	68,2	0,774
Não	50	30,8	22	29,7	28	31,8	
Orienta a usuária a examinar as mamas							
Sim	162	97,6	73	94,8	89	100	0,029
Não	4	2,4	4	5,2	0	0	
Realiza o exame clínico das mamas para rastreamento							
Sim	143	90,5	61	82,4	83	97,6	0,001
Não	15	9,5	13	17,6	2	2,4	
Realiza o exame clínico das mamas em caso de queixa específica							
Sim	160	99,4	76	100	84	98,8	0,342
Não	1	0,6	0	0	1	1,2	
Realiza o exame clínico das mamas durante o exame preventivo							
Sim	158	95,8	67	90,5	91	100	0,003
Não	7	4,2	7	9,5	0	0	
Realiza o exame clínico das mamas por solicitação da mulher							
Sim	140	92,7	61	88,4	79	96,3	0,061
Não	11	7,3	8	11,6	3	3,7	
Orienta as pacientes individualmente							
Sim	167	98,8	77	97,5	90	100	0,129
Não	2	1,2	2	2,5	0	0	
Realiza palestras coletivas de orientação.							
Sim	50	31,1	12	16	38	44,2	< 0,005
Não	111	68,9	63	84	48	55,8	
Orienta através de roda de conversa.							
Sim	46	28,6	12	16,2	34	39,1	0,001
Não	115	71,4	62	83,8	53	60,9	continua

Variáveis (conclusão)	N	%	Méd	%	Enf	%	p
Fornecer informações sobre o câncer de mama à paciente							
Sim	160	94,1	72	91,1	88	96,7	0,124
Não	10	5,9	7	8,9	3	3,3	
Orientar as pacientes sobre os fatores de risco do câncer de mama							
Sim	159	94,1	70	89,7	89	97,8	0,027
Não	10	5,9	8	10,3	2	2,2	
Orientar as pacientes sobre as manifestações clínicas do câncer de mama							
Sim	154	90,6	69	87,3	85	93,4	0,176
Não	16	9,4	10	12,7	6	6,6	
Orientar as pacientes a fazerem a mamografia na faixa etária e periodicidade recomendada							
Sim	170	100	79	100	91	100	
Não	0	0	0	0	0	0	
Orientar as pacientes sobre a importância do autoexame das mamas							
Sim	145	86,3	59	76,6	86	94,5	0,001
Não	23	13,7	18	23,4	5	5,5	
Ensinar as pacientes a fazerem o autoexame das mamas							
Sim	132	78,1	46	59	86	94,5	< 0,005
Não	37	21,9	32	41	5	5,5	
Orientar as mulheres sobre o resultado dos exames							
Sim	166	98,2	76	97,4	90	98,9	0,472
Não	3	1,8	2	2,6	1	1,1	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Nota: As diferenças no total podem ser justificadas pela ausência de informação.

Desfecho conhecimento adequado para o controle do CM:

Foi considerado conhecimento adequado para o controle do CM, quando as questões referentes à periodicidade e à faixa etária alvo para realização do exame mamográfico foram apontadas corretamente. Este desfecho foi contemplado pela maioria dos profissionais estudados (75,6%) (Tabela 5). Há maior percentual de acerto entre os profissionais até 29 anos, 87%, contrapondo aos 69,8% de acerto daqueles que têm mais de 50 anos, valores de acerto similares entre os sexos feminino e masculino (76,6% e 72,7%), entre médicos e enfermeiros (78,5% e 73%) entre os que têm e não têm pós-graduação (75% e 75,8%), exercem ou não outra atividade remunerada (79% e 74,8%) e ter ou não disponível as diretrizes do MS para consulta na UBS (80,5 e 82,4). Desempenho distinto, com melhor desempenho dos que têm entre 6 a 10 anos de atuação naquela UBS (87,9%), daqueles que têm mais de 10 anos de atuação (68,8%) e quanto ao tempo de graduação, os que têm

de 11 a 20 anos de graduação (82,6%) tiveram maior índice de acerto. Não há diferença significativa entre nenhuma das variáveis verificadas (Tabela 5).

A associação entre conhecimento adequado do câncer de mama e prática adequada do câncer de mama mostrou que 98 profissionais contemplam esta condição ($p=0,646$). O que significa que 58,7% dos profissionais participantes da pesquisa têm conhecimento e prática adequados sobre o controle do CM.

Entre os 122 (74,8%) profissionais com conhecimento sobre mamografia avaliado como adequado, 76 (75,2%) apresentam atitude considerada como adequada ($p= 0,880$). Ou seja, 46% dos profissionais que participaram da pesquisa têm conhecimento e atitude adequados sobre o controle do CM (Tabela 5).

Nenhuma das variáveis estudadas apresentou associação estatisticamente significativa ao desfecho conhecimento adequado para o câncer de mama (Tabela 5).

Tabela 5: Conhecimento adequado¹ de médicos e enfermeiros, sobre o controle do câncer de mama da Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Conhecimento adequado do câncer de mama				
Variáveis	N	Adequado n (%)	Inadequado n (%)	p
Total	168	127 (75,6)	41 (24,4)	
Faixa etária				0,211
Até 29 anos	23	20 (87,0)	03 (13,0)	
De 30 a 49 anos	79	62 (78,5)	17 (21,5)	
50 anos ou mais	63	44 (69,8)	19 (30,2)	
Sexo				0,606
Masculino	44	32 (72,7)	12 (27,3)	
Feminino	124	95 (76,6)	29 (23,4)	
Estado civil				
Solteiro	55	39 (70,9)	16 (29,1)	0,130
Casado/união estável	99	80 (80,8)	19 (19,2)	
Separado/viúvo	12	07 (58,3)	05 (41,7)	
Formação profissional				0,412
Médico	79	62 (78,5)	17 (21,5)	
Enfermeiro	89	65 (73,0)	24 (27,0)	
Tempo de graduação				0,498
1 a 5 anos	29	23 (79,3)	6 (20,7)	
6 a 10 anos	19	14 (73,7)	5 (26,3)	
11 a 20 anos	46	38 (82,6)	8 (17,4)	
> 20 anos	72	51 (70,8)	21 (29,2)	
Tempo de atuação nesta UBS				0,166
< 1 ano	43	30 (69,8)	13 (30,2)	
1 a 5 anos	43	35 (79,5)	09 (20,5)	
6 a 10 anos	33	29 (87,9)	04 (12,1)	
> 10 anos	48	33 (68,8)	15 (31,3)	Continua

Conclusão				
Variáveis	N	Adequado n (%)	Inadequado n (%)	p
Titulação				0,925
Graduação	36	27 (75,0)	09 (25,0)	
Pós-graduação	132	100 (75,8)	32 (24,2)	
Exerce outra atividade remunerada				0,903
Sim	46	36 (79,0)	10 (21,0)	
Não	119	89 (74,8)	30 (25,2)	
Recebeu capacitação sobre as diretrizes do Ministério da Saúde sobre o controle do câncer de mama.				0,201
Até 3 anos	48	33 (68,8)	15 (31,3)	
Há mais de 3 anos ou não recebeu	119	93 (78,2)	26 (21,8)	
Está disponível nas Unidades Básicas de Saúde as diretrizes do Ministério da Saúde para o controle do câncer de mama				0,092
Sim	87	70 (80,5)	17 (19,5)	
Não	17	14 (82,4)	03 (17,6)	
Não sabe	61	40 (65,5)	21 (34,4)	
Atitude adequada câncer de mama	165	102 (61,8)	63 (38,2)	0,880
Prática adequada câncer de mama	167	131 (78,4)	36 (21,6)	0,646

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Nota: As diferenças nos totais podem ser justificadas pela ausência de informação
¹Conhecimento considerado adequado quando a periodicidade e a faixa etária alvo para realização do exame mamográfico foram apontadas corretamente.

Desfecho atitude adequada para o controle do CM:

Em relação ao desfecho atitude adequada, que compõe, orientar frequentemente ou sempre sobre os fatores de risco para o CM, orientar sobre as manifestações clínicas (questão 35.2 e 35.3) e fazer a busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia (questão 28), observa-se que 61,8% dos profissionais têm uma atitude adequada em relação ao controle do câncer de mama (Tabela 6).

Não ocorre diferença no desempenho dos profissionais em relação as variáveis faixa etária, sexo, estado civil, formação profissional, tempo de graduação, tempo de atuação nesta UBS, titulação e exercer outra atividade remunerada. Já, em relação aos profissionais que receberam capacitação profissional há menos de 3 anos, observa-se que estes têm desempenho melhor (72%) em relação aos que não receberam ou receberam há mais tempo (56,9%) ($p=0,055$). O fato de ter disponível nas UBS, as diretrizes do Ministério da Saúde para o controle do câncer de mama, foi também significativo ($p=0,013$), com melhor atuação destes (72,1%) do que aqueles que relatam não ter na UBS (41,2%) (Tabela 6).

Tabela 6: Atitude adequada¹ de médicos e enfermeiros sobre o controle do câncer de mama da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.

Atitude adequada no controle do câncer de mama				
Variáveis	n	Adequado n (%)	Inadequado n (%)	P
Total	165	102 (61,8)	36 (21,6)	
Faixa etária				
Até 29 anos	21	13 (61,9)	08 (38,1)	0,999
De 30 a 49 anos	78	48 (61,5)	30 (38,5)	
50 anos ou mais	63	39 (61,9)	24 (38,1)	
Sexo				
Masculino	43	26 (60,5)	17 (39,5)	0,832
Feminino	122	76 (62,3)	46 (37,7)	
Estado civil				
Solteiro	53	29 (54,7)	24 (45,3)	0,265
Casado/união estável	98	65 (66,3)	33 (33,7)	
Separado/viúvo	12	06 (50,0)	06 (50,0)	
Formação profissional				
Médico	75	44 (58,7)	31 (41,3)	0,447
Enfermeiro	90	58 (64,4)	32 (35,6)	
Tempo de graduação				
1 a 5 anos	27	15 (55,5)	12 (44,4)	0,686
6 a 10 anos	18	10 (55,6)	08 (44,4)	
11 a 20 anos	46	28 (60,9)	18 (39,1)	
> 20 anos	72	48 (66,7)	24 (33,3)	
Tempo de atuação nesta UBS				
< 1 ano	40	24 (60,0)	16 (40,0)	0,584
1 a 5 anos	44	30 (68,2)	14 (31,8)	
6 a 10 anos	32	21 (65,6)	11 (34,4)	
> 10 anos	49	27 (55,1)	22 (44,9)	
Titulação				
Graduação	33	20 (60,6)	13 (39,4)	0,873
Pós-graduação	132	82 (62,1)	50 (37,9)	
Exerce outra atividade remunerada				
Sim	45	27 (57,5)	18 (42,5)	0,648
Não	117	73 (62,4)	44 (37,6)	
Recebeu capacitação sobre as diretrizes do Ministério da Saúde sobre o controle do câncer de mama.				
Até 3 anos	48	35 (72,9)	13 (27,1)	0,055
Há mais de 3 anos ou não recebeu	116	66 (56,9)	50 (43,1)	
Está disponível na Unidade Básica de Saúde as diretrizes do Ministério da Saúde para o controle do câncer de mama.				
Sim	86	62 (72,1)	24 (27,9)	0,013
Não	17	7 (41,2)	10 (58,8)	
Não sabe	58	31 (53,4)	27 (46,6)	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Nota: As diferenças nos totais podem ser justificadas pela ausência de informação.

¹ Foi considerada atitude adequada no controle do câncer de mama, quando o participante orienta frequentemente ou sempre sobre os fatores de risco para o CM, orienta sobre as manifestações clínicas e faz a busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia.

Desfecho prática adequada para o controle do CM.

Quanto ao desfecho adequado em relação ao conjunto de práticas: identifica os fatores de risco para o CM e adota atitudes singulares em função dos fatores de risco, verifica-se que 78,4% dos profissionais têm uma prática considerada adequada (Tabela 7).

Observa-se que os profissionais com mais de 50 anos têm desempenho melhor (87,1%) que aqueles mais jovens (69,6%), os casados (82,7%) em relação aos solteiros (74,1%), os enfermeiros (83%) em relação aos médicos (73,45), os com maior tempo de atuação nesta UBS (89,8%) em relação aos com menor tempo (69,8%), não exercer outra atividade remunerada (79,8) em relação a exercer (70%), ter recebido capacitação para o CM (84%) e não ter recebido (75,9%) e ter disponível as diretrizes do Ministério da Saúde (80,5%) e não saber se tem disponível (73,3%). Em relação a estas variáveis não há diferença significativa entre os grupos. Verifica-se diferença estatística entre os profissionais com maior tempo de graduação (87,3%) e com pós-graduação (81,7%) comparado aos com menor tempo de graduação (65,5%) e aos só graduados (66,7%) (valor de $p=0,033$ e $0,050$ respectivamente) (Tabela 7).

Ao associar, prática adequada no controle do CM e atitude adequada no controle do CM, verifica-se que dos 127 profissionais com prática adequada, 83 destes profissionais têm também atitude adequada ($p=0,132$). Ou seja, 50% do total de profissionais participantes da pesquisa têm atitudes e práticas adequadas sobre o controle do CM.

Tabela 7: Prática adequada¹ de médicos e enfermeiros sobre o controle do câncer de mama da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Prática adequada do controle do câncer de mama				
Variáveis	n	Adequado n (%)	Inadequado n (%)	p
Total	167	131 (78,4)	36 (21,6)	
Faixa etária				
Até 29 anos	23	16 (69,6)	7 (30,4)	0,211
De 30 a 49 anos	79	59 (74,7)	20 (25,3)	
50 anos ou mais	62	54 (87,1)	8 (12,9)	
Sexo				
Masculino	44	36 (81,8)	8 (18,2)	0,526
Feminino	123	95 (77,2)	28 (22,8)	
Estado civil				
Solteiro	54	40 (74,1)	14 (25,9)	0,316
Casado/união estável	98	81 (82,7)	17 (17,3)	
Separado/viúvo	13	9 (69,2)	4 (30,8)	
Formação profissional				
Médico	79	58 (73,4)	21 (26,6)	0,135
Enfermeiro	88	73 (83,0)	15 (17,0)	
Tempo de graduação				
1 a 5 anos	29	19 (65,5)	10 (34,5)	0,033
6 a 10 anos	19	12 (63,2)	7 (36,8)	
11 a 20 anos	46	36 (78,3)	10 (21,7)	
> 20 anos	71	62 (87,3)	9 (12,7)	
Tempo de atuação nesta UBS				
< 1 ano	43	30 (69,8)	13 (30,2)	0,114
1 a 5 anos	43	33 (76,7)	10 (23,3)	
6 a 10 anos	32	24 (75,0)	8 (25,0)	
> 10 anos	49	44 (89,8)	5 (10,2)	
Titulação				
Graduação	36	24 (66,7)	12 (33,3)	0,050
Pós-graduação	131	107 (81,7)	24 (18,3)	
Exerce outra atividade remunerada				
Sim	45	33 (70,0)	12 (30,0)	0,329
Não	119	95 (79,8)	24 (20,2)	
Recebeu capacitação sobre as diretrizes do Ministério da Saúde sobre o controle do câncer de mama				
Até 3 anos	50	42 (84,0)	8 (16,0)	0,243
Há mais de 3 anos ou não recebeu	116	88 (75,9)	28 (24,1)	
Está disponível na Unidade Básica de Saúde as diretrizes do Ministério da Saúde para o controle do câncer de mama				
Sim	87	70 (80,5)	17 (19,5)	0,348
Não	17	15 (88,2)	2 (11,8)	
Não sabe	60	44 (73,3)	16 (26,7)	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Nota: As diferenças nos totais podem ser justificadas pela ausência de informação

¹Considerado prática adequada quando o participante assinalou: investiga os fatores de risco para o câncer de mama e adota atitudes singulares em função destes fatores de risco.

Conhecimento sobre o controle do câncer de colo de útero.

O conhecimento da faixa etária indicada para o rastreamento do câncer do colo do útero pelo Ministério da Saúde, é reconhecido por somente 45% dos profissionais (Tabela 8). As mulheres estão com melhor desempenho que os homens ($p= 0,038$), contudo somente metade delas e 32% dos homens indicam corretamente o intervalo de idade indicado.

Todas as variáveis foram relacionadas às características sociodemográficas e de formação dos profissionais, sendo comentadas no texto aquelas que apresentaram diferença estatística significativa entre os grupos.

Os profissionais mais jovens, com menor tempo de graduação e de atuação naquela UBS estão com desempenho melhor que os profissionais com mais idade, maior tempo de graduação e maior tempo de atuação naquela UBS com diferença significativa em todos estes grupos (($p= 0,012$, ($p= 0,011$), ($p=0,037$), respectivamente).

Em relação ao conhecimento da periodicidade recomendada para o rastreamento do câncer do colo do útero, observa-se que 71,5% dos profissionais respondem adequadamente a questão, conforme indicado na tabela 8. As mulheres (76%) também estão com melhor desempenho em relação aos homens (57%) ($p=0,017$) neste quesito, bem como os que têm pós-graduação (75,5%) confrontados com aqueles que têm somente graduação (56%) ($p=0,024$), assim como os profissionais que afirmam ter na UBS as diretrizes para o câncer do colo do útero do Ministério da Saúde (84,4%) comparados aos que não sabem se há o documento do Ministério da Saúde na UBS (54%)($p=0,002$) e os profissionais com mais de 10 anos de atuação naquela UBS, (81,4%) em relação aos que têm menor tempo de UBS (38,6%) ($p = 0,028$).

Quanto ao conhecimento dos fatores protetores do câncer do colo do útero, verifica-se que acima de 98% dos profissionais reconhecem a vacina tetravalente contra o HPV como fator protetor contra o câncer do colo do útero. Não há

diferenças significativas com as demais variáveis sociodemográficas e de formação (Tabela 8).

Outros fatores relacionados à proteção contra o câncer do colo do útero são: o uso de preservativos nas relações sexuais, identificado por 96% dos profissionais e o exame citopatológico, reconhecido por 88% dos profissionais (Tabela 8). Observa-se que as mulheres também tiveram melhor desempenho, neste quesito com 91,7% de acerto contra 78,6% dos homens ($p=0,036$). Há diferença também significativa entre solteiros (70%), casados (91%) e separados/viúvos (91,5%), com melhor desempenho do segundo e terceiros grupos, quanto ao conhecimento do exame preventivo como fator protetor ($p=0,016$).

Os achados referentes ao conhecimento dos fatores de risco para o câncer do colo do útero, indicam que acima de 90% dos profissionais reconhecem a iniciação sexual precoce e a infecção persistente pelo vírus HPV como fatores de risco para o câncer do colo do útero.

A multiplicidade de parceiros sexuais é apontada por 97% dos profissionais como fator de risco para o CCU. Destes 100% são enfermeiros e 95% são médicos, com diferença significativa entre os 2 grupos ($p= 0,03$). Em relação ao uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos, apenas 57,5% dos profissionais identificam o uso como fator de risco para o CCU, sendo que os profissionais com mais idade (68%) e com maior tempo de graduação (68%) estão com um desempenho melhor que o de profissionais mais jovens (39%) e com menor tempo de graduação (41%) com diferença significativa entre os grupos ($p=0,05$).

A nuliparidade é apontada por 47,7% dos profissionais como fator de risco para o CCU, entretanto ela não confere fator de risco e sim a multiparidade. Quanto ao uso de preservativos como fator de proteção, mostra-se como conhecimento adequado por 97% dos grupos estudados. Os profissionais que fizeram cursos até 2 anos têm 99% de acerto quanto a este quesito contrapondo aos 90% de acerto entre os que não realizaram cursos ou fizeram há mais de 3 anos ($p=0,005$).

Tabela 8: Conhecimento sobre o controle do Câncer de Colo de Útero de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Conhecimento sobre o controle do Câncer de Colo de Útero							
Variáveis	N	%	Méd(n)	%	Enf(n)	%	p
Conhecimento da faixa etária indicada para rastreamento do câncer do colo do útero							
Sim	75	45,2	33	41,8	42	48,3	0,400
Não	91	54,8	46	58,2	45	51,7	
Conhecimento da periodicidade recomendada para o exame citopatológico							
Sim	115	71,4	50	66,7	65	75,6	0,210
Não	46	28,6	25	33,3	21	24,4	
Conhecimento dos fatores protetores contra o câncer de colo de útero							
Vacina tetravalente contra o HPV							
Sim	165	98,8	78	100,0	87	97,7	0,180
Não	2	1,2	0	0	2	2,3	
Exame citopatológico							
Sim	143	88,3	63	82,9	80	93,0	0,110
Não	18	11	13	17,1	6	7,0	
Não sei	1	0,6	76	100,0	86	100,0	
Uso de preservativos nas relações sexuais							
Sim	160	96,4	73	94,8	87	97,8	0,400
Não	5	3	4	5,2	2	2,2	
Não sei	1	0,6	77	100,0	89	100,0	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Nota: As diferenças no total podem ser justificadas pela ausência de informação.

Práticas e atitudes sobre o controle do Câncer de Colo de Útero.

Os achados sobre as práticas e atitudes de controle do CCU mostram que em torno de 94% dos profissionais investigam os fatores de risco para o CCU. 59,5% dos profissionais fazem busca ativa das mulheres que faltaram a consulta e a coleta, com maior atuação dos enfermeiros nestas ações ($p=0,05$) (Tabela 9). Os profissionais mais jovens (36,4%), com menor tempo de graduação (31,7%) e que têm menor tempo de UBS (41%) estão com pior desempenho nesta prática em relação aos com idade entre 30 a 49 anos (66%), e mais de 50 anos (56,5%), aos que têm mais maior tempo de graduação (66,7%) e maior tempo de UBS (> 20 anos= 72,9%). Há diferença significativa entre todos os grupos ($(p=0,045)$; $(p=0,013)$ e $(p=0,005)$). Em relação a busca ativa das mulheres com resultado com suspeita de malignidade, os resultados são significativamente melhores (96%) (Tabela 9). Os profissionais mais jovens (87%) e com menor tempo de graduação (86,2%) estão

com desempenho inferior aos profissionais mais velhos (98%) e com maior tempo de graduação (> 20 anos= 98,6%). Há diferença significativa entre todos os grupos (($p=0,045$) e ($p=0,009$). Além da busca ativa, salienta-se que 85% dos profissionais fazem o seguimento das mulheres com diagnóstico para o câncer do colo do útero (Tabela 9).

As reuniões educativas sobre o controle do câncer do colo do útero são realizadas para as usuárias por cerca de 50% dos profissionais (Tabela 9). Observa-se maior ação dos enfermeiros neste sentido ($p=0,005$) (Tabela 9). 65,4% dos profissionais que afirmam ter na UBS as diretrizes para o câncer do colo do útero do Ministério da Saúde faz reunião educativa para as usuárias sobre o controle do câncer do colo do útero confrontando os 44,4% dos que afirmam não ter o documento na UBS e 37,1% dos que não sabem se há o documento do Ministério da Saúde na UBS ($p=0,001$).

Os principais fatores que dificultam a realização do exame citopatológico, segundo os profissionais, foram listados abaixo.

Quadro 5: Barreiras à realização do exame citopatológico na Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Paciente falta	69,0%
Falta material específico para a coleta do exame	25,4%
Não receber capacitação para realizar o exame	1,8%
Dificuldade no agendamento do exame	6,5%
Resistência da mulher em realizar o exame com profissional de outro sexo	21,3%
Sem dificuldade	7,1%
Outra dificuldade	2,4%

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Nota: As diferenças podem ser justificadas pela ausência de informação ou possibilidade de mais de uma resposta.

O tempo de demora entre a solicitação do exame e o retorno da paciente com o resultado é de 1 a 3 meses, segundo 74,6% dos profissionais, menor que 1 mês,

conforme 12,4% e maior que 3 meses ou não sabe são referidos por 13,1% dos participantes.

Tabela 9: Práticas e atitudes de médicos e enfermeiros sobre o controle do câncer do colo do útero da Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Práticas e atitudes sobre o controle do câncer do colo do útero							
Variáveis	N	%	Méd(n)	%	Enf(n)	%	p
Investiga fator de risco							
Sim	157	94,0	70	90,9	87	96,7	0,118
Não	10	6,0	7	9,1	3	3,3	
Faz busca ativa das mulheres que faltaram a consulta e a coleta							
Sim	100	59,5	41	51,9	59	66,3	0,050
Não	68	40,5	38	48,1	30	33,7	
Faz busca ativa das mulheres com resultado com suspeita de malignidade							
Sim	161	95,8	73	93,6	88	97,8	0,175
Não	7	4,2	5	6,4	2	2,2	
Faz o seguimento das mulheres com diagnóstico para o câncer do colo do útero							
Sim	144	85,7	66	83,5	78	87,6	0,440
Não	22	14,3	13	16,5	11	12,4	
Faz reunião educativa para as usuárias sobre o controle do câncer do colo do útero							
Sim	82	50,3	28	37,3	54	61,4	0,005
Não	81	49,7	47	62,7	34	38,6	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Nota: As diferenças no total podem ser justificadas pela ausência de informação.

Desfecho conhecimento adequado sobre o controle do câncer do colo do útero.

Este conceito foi considerado adequado, quando o respondente assinalou a faixa etária e a periodicidade indicados pelo Ministério da Saúde, 25 a 64 anos e a cada 3 anos após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo anual. Verifica-se que 39,4% dos profissionais têm conhecimento considerado adequado. Os profissionais do sexo feminino (44,6%) estão com desempenho melhor em relação ao sexo masculino (25%), ($p=0,024$) e os mais jovens (52,2%) em relação aos com mais de 50 anos (26,2%) ($p=0,022$) (Tabela 10).

Os enfermeiros (43%) estão com melhor desempenho que os médicos (35,4%), os separados (46,2%) em relação aos casados (37,1%), aqueles com menor tempo de graduação (48,3%) em relação aos com maior tempo (27,9%), os que tem entre 1 a 5 anos de atuação naquela UBS (52,3%) em relação aos que tem

mais que 10 anos (27,3%), contudo não há diferença significativa. Os valores estão bem semelhantes entre exercer outra atividade remunerada e não exercer e entre ter recebido capacitação para o CCU e não ter recebido. O fato de ter disponível as diretrizes do Ministério da Saúde na UBS teve diferença significativa com o fato de não saber se há o documento na UBS ($p=0,042$) (Tabela 10).

Há associação entre conhecimento adequado e prática adequada no controle do câncer do colo do útero ($p=0,047$). Cinquenta e três dos 62 profissionais que têm conhecimento adequado também têm uma prática adequada (85%). Em relação ao conhecimento adequado e atitude adequada, observa-se que 37 dos 64 profissionais que têm conhecimento adequado também têm atitude adequada ($p=0,880$) (Tabela 10). Ou seja 31,17% dos profissionais que realizaram a pesquisa têm conhecimento adequado e prática adequada sobre o controle do câncer do colo do útero e 21,76% dos profissionais que realizaram a pesquisa têm conhecimento e atitude adequada em relação ao controle do câncer do colo do útero.

Tabela 10: Conhecimento adequado¹ de médicos e enfermeiros, sobre o controle do câncer do colo do útero, da Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora, 2019.

Conhecimento adequado do câncer do colo do útero				
Variáveis	n	Adequado n (%)	Inadequado n (%)	p
Total	165	65 (39,4)	100 (60,6)	
Faixa etária				0,024
Até 29 anos	23	12 (52,2)	11 (47,8)	
De 30 a 49 anos	78	36 (46,2)	42 (53,8)	
50 anos ou mais	61	16 (26,2)	45 (73,8)	
Sexo				0,022
Masculino	44	11 (25,0)	33 (75,0)	
Feminino	121	54 (44,6)	67 (55,6)	
Estado civil				0,756
Solteiro	43	22 (41,5)	31 (58,5)	
Casado/união estável	97	36 (37,1)	61 (62,9)	
Separado/viúvo	13	6 (46,2)	7 (53,8)	
Formação profissional				0,320
Médico	79	28 (35,4)	51 (64,6)	
Enfermeiro	86	37 (43,0)	49 (57,0)	
Tempo de graduação				0,061
1 a 5 anos	29	14 (48,3)	15 (51,7)	
6 a 10 anos	19	8 (42,1)	11 (57,9)	
11 a 20 anos	47	24 (51,1)	23 (48,9)	
> 20 anos	68	19 (27,9)	49 (60,1)	
Tempo de atuação nesta UBS				0,109
< 1 ano	44	16 (36,4)	28 (63,6)	
1 a 5 anos	44	23 (52,3)	21 (47,7)	
6 a 10 anos	33	14 (42,4)	19 (57,6)	
> 10 anos	44	12 (27,3)	32 (72,7)	
Titulação				0,944
Graduação	36	14 (38,9)	22 (61,1)	
Pós-graduação	129	51 (39,5)	78 (60,5)	
Exerce outra atividade remunerada				0,677
Sim	45	19 (40,0)	26 (60,0)	
Não	117	46 (39,3)	71 (60,7)	
Recebeu capacitação sobre as diretrizes do Ministério da Saúde sobre o controle do câncer do colo do útero				0,631
Até 3 anos	44	16 (36,4)	28 (63,6)	
Há mais de 3 anos ou não recebeu	121	49 (40,5)	72 (59,5)	
Está disponível na Unidade Básica de Saúde as diretrizes do Ministério da Saúde para o controle do câncer do colo do útero (CCU)				0,042
Sim	78	35 (44,9)	43 (55,1)	
Não	18	10 (55,6)	8 (44,4)	
Não sabe	64	18 (28,1)	46 (71,9)	
Atitude adequada do CCU	164	37 (22,5)	127 (77,5)	0,880
Prática adequada do CCU	162	53 (32,7)	109 (67,3)	0,047

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Nota: As diferenças nos totais podem ser justificadas pela ausência de informação

¹Foi considerado conhecimento adequado, quando o respondente assinalou a faixa etária e a periodicidade indicados pelo Ministério da Saúde para o controle do câncer do colo do útero.

Desfecho, atitude adequada para o controle do CCU.

Foi considerado desfecho, atitude adequada para o controle do CCU, quando o respondente assinala que faz busca ativa das mulheres que faltaram a consulta e coleta. Observa-se que somente 59,5% dos profissionais têm uma atitude adequada em relação ao controle do CCU (Tabela11).

Os enfermeiros (66,3%) estão com melhor desempenho que os médicos (51,9%), bem como os que têm mais de 10 anos de graduação em relação aos que têm até 5 anos, os que têm mais de 6 anos de tempo de atuação nesta UBS (72,8%) em relação aos que têm menos que 5 anos, ter pós-graduação (63,9%) e graduação (42,9%) e não exercer outra atividade remunerada (52,5%) e exercer (47,5%). Há diferença significativa em relação ao desfecho em todas estas variáveis (Tabela 11).

Verifica-se que, os que têm entre 30 a 49 anos em relação aos demais, os casados e separados (61,5%) em relação aos solteiros (53,7%), os que receberam capacitação sobre o CCU (70,3%) e os que não receberam ou receberam há mais de 3 anos (55,4%) e o fato de ter disponível as diretrizes (65,8%) e não saber se há o documento (54,5%) alcançam melhor desempenho em relação às atitudes sobre o controle do câncer do colo do útero (Tabela 11).

Tabela 11: Atitude adequada¹ de médicos e enfermeiros, sobre o controle do câncer do colo do útero, da Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Atitude adequada no controle do câncer do colo do útero				
Variáveis	N	Adequado n (%)	Inadequado n (%)	p
Total	168	100 (59,5)	68 (40,5)	
Faixa etária				
Até 29 anos	22	8 (36,4)	14 (63,6)	0,045
De 30 a 49 anos	79	52 (65,8)	27 (34,2)	
50 anos ou mais	54	38 (59,4)	26 (40,6)	
Sexo				
Masculino	44	26 (59,1)	18 (40,9)	0,946
Feminino	124	74 (59,7)	50 (40,3)	
Estado civil				
Solteiro	54	29 (53,7)	25 (46,3)	0,625
Casado/união estável	99	61 (61,6)	38 (38,4)	
Separado/viúvo	13	8 (61,5)	5 (38,5)	
Formação profissional				
Médico	79	41 (51,9)	38 (48,1)	0,050
Enfermeiro	89	59 (66,3)	30 (33,7)	
Tempo de graduação				
1 a 5 anos	28	10 (35,7)	18 (64,3)	0,013
6 a 10 anos	19	9 (47,4)	10 (52,6)	
11 a 20 anos	47	32 (68,1)	15 (31,9)	
> 20 anos	72	48 (66,7)	24 (33,3)	
Tempo de atuação nesta UBS				
< 1 ano	44	18 (40,9)	26 (59,1)	0,005
1 a 5 anos	43	23 (53,5)	20 (46,5)	
6 a 10 anos	33	24 (72,7)	9 (27,3)	
> 10 anos	48	35 (72,9)	13 (27,1)	
Titulação				
Graduação	35	15 (42,9)	20 (57,1)	0,024
Pós-graduação	133	85 (63,9)	48 (36,1)	
Exerce outra atividade remunerada				
Sim	98	22 (47,5)	76 (63,3)	0,283
Não	67	23 (52,5)	44 (36,7)	
Recebeu capacitação sobre as diretrizes do Ministério da Saúde para o controle do câncer do colo do útero				
Até 3 anos	47	33 (70,2)	14 (29,8)	0,079
Há mais de 3 anos ou não recebeu	121	67 (55,4)	54 (44,6)	
Está disponível na UBS as diretrizes do Ministério da Saúde para o controle do câncer do colo do útero				
Sim	79	52 (65,8)	27 (34,2)	0,383
Não	18	11 (61,1)	7 (38,9)	
Não sabe	66	36 (54,5)	30 (45,5)	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Nota: As diferenças nos totais podem ser justificadas pela ausência de informação

¹Foi considerado atitude adequada para o controle do câncer do colo do útero, quando o respondente assinala que faz busca ativa das mulheres que faltaram à consulta e coleta.

Desfecho prática adequada para o controle do câncer do colo do útero:

Foi considerado desfecho, prática adequada para o câncer do colo do útero, quando o respondente assinala corretamente o conjunto de questões: que investiga sempre ou com frequência os fatores de risco para o CCU, faz busca ativa das mulheres que têm resultados alterados no exame preventivo e faz o seguimento das mulheres com diagnóstico de câncer do colo de útero (questão 36, 43 e 45). Verifica-se que 77,6% dos profissionais têm uma prática adequada em relação ao controle do câncer do colo do útero (Tabela 12).

Observa-se que os enfermeiros (81,8%) estão com melhor desempenho que os médicos (72,7%), bem como as mulheres (79,5%) em relação aos homens (72,1%), os separados e casados em relação aos solteiros, os que têm maior tempo nesta UBS (81,4%) em relação aos que têm menos de 1 ano de UBS (65,1%), não exercer outra atividade remunerada (82,1%) e exercer (65%) os que receberam capacitação sobre o CCU (83%) e os que não receberam ou receberam há mais de 3 anos (75,4%), mas sem diferença estatística entre os grupos (Tabela 12).

Há diferença significativa com melhor desempenho dos que têm mais de 10 anos de graduação em relação aos que têm até 5 anos ($p=0.032$), entre os que têm pós-graduação (83,1%) e graduação (57,1%) e no fato de ter disponível as diretrizes do Ministério da Saúde (85,9%) e não saber se há o documento (67,2%) (Tabela 12).

Tabela 12: Prática adequada¹ de médicos e enfermeiros sobre o controle do câncer do colo do útero, da Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.

Prática adequada no controle do câncer do colo do útero				
Variáveis	n	Adequado n (%)	Inadequado n (%)	P
Total	165	128 (77,6)	37 (22,4)	
Faixa etária				
Até 29 anos	23	15 (65,2)	8 (34,8)	0,253
De 30 a 49 anos	77	62 (80,5)	15 (19,5)	
50 anos ou mais	62	50 (80,6)	12 (19,4)	
Sexo				
Masculino	43	31 (72,1)	12 (27,9)	0,316
Feminino	122	97 (79,5)	25 (20,5)	
Estado civil				
Solteiro	53	39 (73,6)	14 (26,4)	0,595
Casado/união estável	97	77 (79,4)	20 (20,6)	
Separado/viúvo	13	11 (84,6)	2 (15,4)	
Formação profissional				
Médico	77	56 (72,7)	21 (27,3)	0,162
Enfermeiro	88	72 (81,8)	16 (18,2)	
Tempo de graduação				
1 a 5 anos	28	16 (57,1)	12 (42,9)	0,032
6 a 10 anos	19	15 (78,9)	4 (21,1)	
11 a 20 anos	46	39 (84,8)	7 (15,2)	
> 20 anos	70	57 (81,4)	13 (18,6)	
Tempo de atuação nesta UBS				
< 1 ano	43	28 (65,1)	15 (34,9)	0,130
1 a 5 anos	42	33 (78,6)	9 (21,4)	
6 a 10 anos	33	28 (84,8)	5 (15,2)	
> 10 anos	47	39 (83,0)	8 (17,0)	
Titulação				
Graduação	35	20 (57,1)	15 (42,9)	0,001
Pós-graduação	130	108 (83,1)	22 (16,9)	
Exerce outra atividade remunerada				
Sim	45	30 (65,0)	15 (35,0)	0,149
Não	117	96 (82,1)	21 (17,9)	
Recebeu capacitação sobre as diretrizes do MS sobre o controle do CCU				
Até 3 anos	47	39 (83,0)	8 (17,0)	0,294
Há mais de 3 anos ou não recebeu	118	89 (75,4)	29 (24,6)	
Está disponível na UBS as diretrizes do MS para o controle do CCU				
Sim	78	67 (85,9)	11 (14,1)	0,023
Não	18	15 (83,3)	3 (16,7)	
Não sabe	64	43 (67,2)	21 (32,8)	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Nota: As diferenças nos totais podem ser justificadas pela ausência de informação

¹Foi considerado prática adequada para o câncer do colo do útero, quando o respondente assinalou que investiga sempre ou com frequência os fatores de risco para o câncer do colo do útero, faz busca ativa das mulheres que tiveram resultados alterados no exame preventivo e realiza o seguimento das mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero.

Segue abaixo quadro relacionando as características sociodemográficas e de formação com as questões de conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais sobre o controle do câncer de mama e do câncer do colo do útero com associações significativas.

Observa-se que ao relacionar as características sociodemográficas e de formação com as questões de conhecimentos (CHC) sobre o controle do câncer do colo do útero não há diferenças quanto à formação dos profissionais. Em relação a prática e à atitude do controle do câncer do colo do útero, somente duas questões têm diferenças significativas, quanto a formação, titulação e tempo de UBS (quadro 6).

Quanto ao conhecimento sobre o controle do câncer de mama, praticamente não ocorreram diferenças significativas, somente em um item. Já em relação às práticas e atitudes relacionadas ao câncer de mama, verificaram-se várias diferenças significativas principalmente às relacionadas à formação dos profissionais e ao tempo de graduação (quadro 6).

Quadro 6: Relação entre as variáveis sociodemográficas e as questões sobre os conhecimentos, práticas e atitudes no controle do câncer de mama e do câncer do colo do útero que apresentaram associação significativa.

Características sociodemográficas	CCU		CM		CM/CCU
	Conhecimento	Prática e atitude	Conhecimento	Prática e atitude	Fatores de risco
Formação		41 e 50		19, 27, 32, 33.1, 33.3,34,2, 34,3, 35.2, 35.5 e 35.6	
Sexo	38,39 e 44.4			33.3, 33.4, 34,2	Aleitamento materno e câncer de ovário pessoal / multiplicidade de parceiros sexuais
Faixa etária	38 e 44.4			35,5	Aleitamento materno, câncer de ovário pessoal e familiar e CM em parentes/uso de contraceptivo oral por mais de 5 anos.
Titulação	39	41 e 50		19, 24, 33.1, 35.1 e 35.6	Aleitamento materno e câncer de ovário pessoal.
Tempo de graduação	38			19, 32, 33.1, 33.5, 34.2, 33.5 e 35.6	Câncer de ovário pessoal e familiar
Tempo de UBS	38,39	41	22	19, 34.3 e 35.6	Aleitamento materno e câncer de ovário parental
Diretriz do MS	39			28, 33.1, 33.3 e 35.1	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Relacionando conhecimento adequado sobre o controle do câncer de mama e conhecimento adequado sobre o controle do câncer do colo do útero, observa-se que somente 61 profissionais (49,6%) dos 123 que têm conhecimento adequado sobre o controle do câncer do colo útero, apresentam conhecimento adequado em relação aos 2 tipos de cânceres com diferença significativa ($p < 0,005$). Ou seja, 37% do total de profissionais que participaram da pesquisa têm conhecimento adequado para os dois tipos de cânceres.

Verificando as práticas adequadas em relação aos 2 tipos de cânceres, observa-se que são 100 os profissionais que contemplam esta adequação. O que significa que 60,6% dos profissionais têm uma prática adequada para os dois tipos de câncer.

Em relação às atitudes adequadas em relação aos 2 tipos de cânceres, observa-se que são 79 os profissionais que contemplam este requisito, com diferença significativa ($p < 0,005$). Ou seja, 47,87% dos profissionais que participaram da pesquisa têm atitude adequada em relação aos dois tipos de cânceres estudados.

São 79 os profissionais que têm prática adequada de CM e atitude adequada do CCU, o que representa 47,87% da população de estudo.

São 85 profissionais que têm atitude adequada em relação ao CM e prática adequada em relação ao CCU, com diferença significativa ($p = 0,003$). São 51,5% dos profissionais participantes.

A atenção à saúde da mulher é um dos pilares da ESF, apresentando grande complexidade e diversidade de ações executadas pelos profissionais enfermeiro e médico. Dentre as ações voltadas para a mulher e todo o seu ciclo vital, destacam-se as de prevenção aos cânceres de colo de útero e mama, de pré-natal e puerpério e de planejamento familiar com intuito de prevenir doenças e agravos e promover a saúde dentro do escopo das atividades conduzidas (MENDES, 2016).

Ações empenhadas nas reais necessidades das mulheres e que permitam sua acessibilidade são pressupostos para toda a dinâmica do serviço. Entende-se este conceito de acessibilidade como referente às características dos serviços que favorecem e buscam atender às necessidades dos usuários ou criam obstáculos para impedimento do seu uso pelas pessoas (TRAVASSOS; MARTINS, 2004)

São atribuições dos profissionais relativo ao programa: realizar atendimento integral às mulheres; realizar consulta médica / enfermagem, realizar exame

preventivo para o câncer do colo de útero e exame clínico das mamas, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolo ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, promover ações educativas diversas junto à equipe de saúde e comunidade, gerenciar contatos para o provimento de recursos materiais e técnicos, realizar o controle da qualidade dos exames, verificar e comunicar os resultados às pacientes e as encaminhar para os devidos procedimentos quando necessário (MENDES, 2016).

Neste sentido, buscou-se saber como se organiza o serviço na rede de atenção da ESF em Juiz de Fora em relação à saúde da mulher e mais especificamente em relação ao controle dos cânceres de mama e do colo do útero. Cabe ressaltar que no município de Juiz de Fora tanto os médicos quanto os enfermeiros que atuam na Atenção Básica tem uma carga horária de 40 horas semanais.

A partir das entrevistas realizadas junto aos supervisores das UBS, observou-se que toda a rede da ESF do município de Juiz de Fora apresenta ações dirigidas à Saúde da Mulher, realizando ações voltadas para o controle dos cânceres de mama e do colo do útero.

As UBS organizam suas ações conforme as necessidades sentidas, para o atendimento às usuárias, não havendo um padrão único de atendimento e agendamento de consultas.

Na maioria das UBS, 60% delas, as consultas são agendadas quando solicitadas pela usuária, 4 delas, em torno de 10%, têm um horário específico no dia para se fazer o agendamento das consultas, usualmente de 7 às 8 horas da manhã, 5 selecionaram um dia da semana e turno específico pra agendar todas as consultas da semana, outra organiza-se por ordem de chegada no dia, mas com prioridade para idoso, gestante, criança e cuidadores. Vinte e dois por cento das UBS relataram ter uma agenda específica para a marcação das consultas.

A usuária, ao buscar uma consulta na UBS, passa usualmente pelo acolhimento, geralmente feito por um enfermeiro, mas não exclusivamente, está a critério da UBS, que se inteira do motivo da visita. A paciente geralmente é orientada a agendar no balcão ou a voltar no horário de marcação das consultas, naqueles casos em que há um horário ou dia específico para isto.

Em relação a marcação do exame citopatológico, observa-se que a grande maioria destes exames, 62,5%, também é agendado quando solicitado pela usuária,

mas verifica-se que 10% das UBS especificam um dia da semana e ou horário no turno para agendar. Outras (15%) têm como conduta agendar, também ou exclusivamente, os exames através das agentes comunitárias de saúde (ACS). Verificou-se, que em uma destas UBS se agenda todos os exames mensalmente, através das ACS, que levam os pedidos das usuárias feitos durante aquele mês. Distintamente, em uma UBS, as 2 equipes de ESF existentes adotam condutas diferentes de marcação de consultas, numa equipe é feita a marcação através das ACS e na outra equipe especificou-se um dia da semana para se agendar.

Com periodicidade diversa de marcação do exame citopatológico, uma UBS a realiza somente em torno de 15 em 15 dias, em qualquer horário, dependendo da disponibilidade da agenda de marcação do exame citopatológico e da urgência verificada no acolhimento (neste caso os profissionais encaixam na agenda), se houver vaga na agenda, faz-se a marcação, caso contrário é solicitado à usuária retornar outro dia e tentar novamente a vaga. Neste sentido, uma outra UBS observou ter uma lista de espera em função da grande dificuldade de agendamento devido a extensão da área de cobertura e do fato de se ter somente uma enfermeira fazendo o exame citopatológico.

Dezoito por cento das UBS relataram ter uma agenda específica de marcação de consultas e uma observou que é dada prioridade à pacientes com queixas e para aquelas que não realizam o exame há muito tempo. Destaca-se uma UBS, onde se verificou preocupação em se realizar o exame quando solicitado, no mesmo momento se possível. Observando-se horário na agenda ou estando algum profissional ocioso no momento, a oportunidade é aproveitada e se realiza a coleta. Até o “encaixe” na agenda pra não se deixar escapar a paciente são medidas realizadas com intuito de se alcançar todas as mulheres na cobertura do exame.

Todas as UBS têm pelo menos um turno da semana reservado para atendimento às mulheres com consulta e coleta dos exames preventivos.

Nos locais onde a marcação do exame preventivo é feita através das ACS, as pacientes, que desejam fazer o exame, devem solicitar a consulta à agente para que esta providencie a marcação da consulta.

Em relação a quem realiza o exame citopatológico, observa-se uma divisão de tarefas, na maioria das UBS (55%) esta função está delegada às enfermeiras, cabendo aos médicos outras funções. Em 12 UBS (27,5%), tanto os médicos quanto os enfermeiros realizam o exame preventivo. Há casos também em que somente as

profissionais do sexo feminino realizam o exame (3UBS, 7%). Esta divisão de tarefas não implica em não atendimento das usuárias, todas são atendidas por um profissional da área coberta, seja pelo médico ou enfermeiro. O laboratório envia os resultados do exame citopatológico à todas as UBS.

Quanto à marcação pra se mostrar o resultado do exame citopatológico, em 12 UBS (27,5%), os profissionais olham o resultado do exame assim que este chega na unidade e aquelas mulheres com resultado alterado já são agendadas, através de ligação telefônica ou da ida da ACS até a casa da usuária.

Em outras 10 UBS (10%), a usuária tem a facilidade de pegar e mostrar o resultado para o profissional num mesmo momento, sem necessidade de marcar consulta. Em alguns casos, não havendo disponibilidade do profissional naquele momento, a paciente é orientada a voltar no dia da semana em que a enfermeira faz o preventivo

Em 15 UBS (37,5%), a paciente busca o resultado e agenda consulta para mostrar o exame, sendo que em 3 delas (7%), se o resultado estiver alterado, as pacientes já são agendadas e avisadas de antemão pelos ACS. Em uma UBS, observa-se o resultado, antes de se agendar, se estiver com alterações, a paciente é agendada com prioridade. Normalmente quem olha este resultado é o enfermeiro. Observou-se em uma UBS, que dependendo da disponibilidade do enfermeiro no momento, o exame já é avaliado, do contrário se agenda uma consulta.

O laboratório, que realiza os exames citopatológicos para a prefeitura de Juiz de Fora, entrega os exames nas UBS possibilitando aos profissionais a verificação da alteração do exame e maior agilidade e urgência no processo de comunicação junto às pacientes.

Segundo relato de uma enfermeira, todos devem se inteirar dos resultados dos exames tão logo eles cheguem à unidade, porque estes dados são lançados no sistema do SUS.

Usualmente as usuárias são orientadas, após a coleta, a retornar pra buscar o resultado na UBS, após 1 mês, tempo relatado de demora entre a solicitação do exame e o retorno do resultado à UBS.

Quanto à solicitação da mamografia para rastreamento do câncer de mama, observa-se que em 22 UBS (55%) a mesma é agendada pelo profissional, somente após consulta clínica ou ginecológica. Outras UBS (17,5%) relataram solicitar a mamografia quando requisitada pela paciente, nos casos em que a mesma se

encontra na faixa etária e periodicidade recomendados, contudo há 2 UBS que também agendam inclusive por livre demanda da usuária e sem passar pela consulta, com agendamento na hora no sistema. Duas UBS relataram, que a usuária chegando à UBS e solicitando fazer mamografia, pode-se agendar uma data para fazer o encaminhamento ou agendar uma consulta ou o exame preventivo junto aos profissionais para que eles solicitem na consulta.

Em relação a quem realiza o pedido de mamografia de rastreamento, observa-se que na maioria das UBS (60%) tanto médicos quanto enfermeiros fazem a solicitação. Diversamente em 12 UBS (30%), somente os enfermeiros fazem o pedido da mamografia de rastreio. Em determinadas UBS (10%), os médicos fazem a solicitação apenas eventualmente, em situações bem específicas como os pedidos para mamografia diagnóstica, realizados em função da presença de alguma alteração mamária.

A paciente, na maioria das vezes, já sai da unidade com a mamografia agendada, com o dia e horário marcados, conforme data de escolha delas, para realização do exame, principalmente em uma destas três localidades: Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES), Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora (ASCOMCER) e Hospital Universitário da UFJF (HU). Em algumas UBS, por impossibilidades no sistema de marcação, o encaminhamento não é feito na hora. Em função disto, ou a paciente precisa retornar a unidade para saber a data marcada ou a própria UBS entra em contato com a paciente, geralmente através das ACS, informando-a do agendamento.

Em 13 UBS (32,5%), quem está no balcão (enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS), faz o agendamento no sistema. Em 9 UBS (22,5%) é feito pelo enfermeiro, em 3 UBS é feito pelas ACS, em 4 UBS o auxiliar administrativo é o responsável e em duas, o supervisor se encarrega de fazer o agendamento no sistema.

O resultado da mamografia é levado pelas pacientes à unidade, com exceção de uma UBS, que obtém o resultado direto do sistema.

As mamografias são prioritariamente realizadas na ACISPES, segundo relato nas UBS, mas também são feitas em outros locais como o HU e a ASCOMCER. A ACISPES manda os resultados com um código externo que já alerta o profissional para a gravidade ou não do caso. Verde- normal, Azul- achado benigno, Amarelo-

provavelmente benigno, Vermelho- provavelmente maligno. O sistema da ACISPES também já prioriza o agendamento das pessoas com resultado BI- RADS 3 pra cima. É possível o acompanhamento da paciente na realização do exame pelo sistema da ACISPES (data do exame, profissional que vai fazer).

A ACISPES também só permite o agendamento da mamografia de rastreamento na idade e periodicidade correta das pacientes que já estão cadastradas no sistema. O sistema contém os dados das pacientes e as datas dos exames realizados. Para se fazer fora da faixa etária e periodicidade recomendadas é preciso fazer uma justificativa especial.

Em relação à conduta para se mostrar o resultado da mamografia, observa-se que em 50% das UBS, as pacientes agendam uma consulta para mostrar o resultado. Distintamente, em oito UBS (20%) o profissional olha o resultado assim que a paciente o leva à unidade de saúde e já encaminha as mulheres que apresentaram resultado alterado. Em cinco UBS (12,5%), verifica-se o resultado do exame e se for desfavorável é marcada consulta com prioridade. Este resultado é visto por quem está no acolhimento em uma UBS, em outras é visto por quem solicitou a mamografia.

O encaminhamento da usuária com resultado alterado na mamografia é feito tanto por médicos como por enfermeiros em 50% das UBS. Em 15 UBS (41%) é feito somente por enfermeiros e em duas UBS é feito somente pelos médicos.

Em síntese, em todas as UBS da ESF existe o serviço de atendimento à Saúde da Mulher, realizado por enfermeiros e ou médicos, com oferta dos serviços, consulta e coleta de material para o exame citopatológico, verificação dos resultados, seguimento e encaminhamento daquelas mulheres com laudos suspeitos de malignidade, bem como consultas para o exame clínico das mulheres, solicitação da mamografia, verificação dos resultados e encaminhamento das mulheres com resultados alterados, com suas particularidades locais.

9 DISCUSSÃO

Verifica-se que a população pesquisada foi considerada abrangente e representativa, uma vez que foi atingida quase a totalidade dos integrantes das equipes de Estratégia de Saúde da Família, com 93% de participação. Ressalta-se que o município de Juiz de Fora apresenta cobertura de Atenção Básica de 72,2%, sendo 57,4% pela Estratégia Saúde da Família, estando cerca de 27,8% da população em área descoberta.

O perfil sociodemográfico dos profissionais da ESF de Juiz de Fora foi similar ao perfil de outros municípios brasileiros estudados em relação à preponderância do sexo feminino e à faixa etária, entretanto o município apresenta suas particularidades.

As características sociodemográficas dos profissionais pesquisados em relação aos estudos relatados na literatura revela que, na análise da faixa etária dos profissionais, a maior parcela tem entre 30 e 49 anos, corroborando estudos similares em Fortaleza, Ceará (BENEVIDES, 2016) e em Coronel Ezequiel, Rio Grande do Norte (FONSECA, 2016) que apontam que a maioria dos profissionais encontra-se com idade entre 30 e 50 anos.

Dentre os 170 participantes da pesquisa, 74% são do sexo feminino, sendo 93% enfermeiras e 52% médicas. Estudos como os de Jacome (2009) e Batiston (2012) também evidenciam esta preponderância do número de enfermeiros do sexo feminino em relação às médicas. Estes achados revelam uma histórica predominância feminina nesta prática assistencial, a enfermagem.

Os profissionais analisados em sua maioria são casados (59%), achado similar ao encontrado por Fonseca (2016) e Jacome (2016). Quanto ao número de filhos, 36,3% não têm filhos resultado similar ao encontrado por Benevides (2016) em Fortaleza (33%).

É possível observar, nos perfis dos profissionais, grupos com características bem distintas na pesquisa. Temos um grupo de profissionais jovens, solteiros, sem filhos, com menor tempo de graduação, tempo de atuação naquela UBS menor que 1 ano e com outro vínculo empregatício e outro grupo com profissionais com mais idade, casados, com maior número de filhos, maior tempo de graduação, tempo de atuação naquela UBS maior que 10 anos e sem outros vínculos empregatícios, com

dedicação exclusiva à ESF. Estes dados evidenciam características da transição demográfica do país.

Na presente pesquisa, há resultados divergentes aos encontrados em outros estudos similares, em relação ao tempo de graduação. Cerca de 70% dos médicos e enfermeiros da ESF de Juiz de Fora têm mais de 10 anos de graduação, já no estudo de Canuto (2019) em Barbacena, MG, cidade próxima a Juiz de Fora, levantou-se que a maioria dos profissionais tinha menos de 10 anos de graduação, caracterizando participantes mais jovens e com menor tempo de atuação nas UBS.

Em relação ao tempo de atuação dos profissionais nesta UBS, observa-se que 50% dos profissionais estão naquela UBS há menos de 5 anos e metade destes há menos de 1 ano. Menor tempo de serviço pode ser reflexo de uma alta rotatividade profissional e da presença de profissionais não efetivos na rede assistencial, com contratos anuais. No município de Juiz de Fora, entretanto, houve concurso público e um expressivo contingente ingressou na PJJ a partir de julho de 2019, o que pode justificar os resultados encontrados. Este tipo de situação pode dificultar a construção de vínculos essenciais a uma boa ação promotora da saúde (JACOME, 2011).

Na presente pesquisa, destaca-se que a totalidade de seus profissionais valoriza a educação permanente, pontuando-a como muito importante ou importante. Ressalta-se também que há uma percentagem elevada de profissionais com título de especialização, são cerca de 80% dos participantes, com destaque para a área da ESF. Estes dados são semelhantes aos obtidos por Melo (2015), Moraes (2016), Fonseca (2015) e Benevides (2016). São especialistas em torno de 60% dos médicos e 90% dos enfermeiros, resultado com proporção de especialização entre médicos e enfermeiros muito similar ao encontrado em estudo de Jacome (2011) em Mossoró no Rio grande do Norte.

Cabe salientar, no entanto que, apesar de vários profissionais terem realizado cursos de especialização, a maioria, 70%, relatam não ter recebido capacitação sobre ações de rastreamento do CM e do CCU nos últimos 3 anos. Dentre os que foram capacitados, a maioria concorda parcialmente que a capacitação possibilitou um bom conhecimento sobre o controle destes cânceres. Neste sentido, o estudo realizado no nordeste brasileiro por Jacome (2011), também destacou que a maior parte dos médicos e enfermeiros não recebeu capacitação profissional sobre esta temática, apontando inclusive desmotivação dos profissionais da ESF para atuar na

prevenção e controle do câncer de mama. Estudo de Ortega Olvera *et al.* (2016) no México sobre: Conhecimento e recomendações sobre rastreamento precoce do câncer de mama de profissionais de saúde dos níveis primário e secundário, ratifica a importância da capacitação ao evidenciar em seus resultados, que o número de respostas corretas, aumentou em todas as áreas do conhecimento do exame da mama, à medida que as horas de treinamento no ano anterior aumentaram. Na análise da influência da capacitação sobre a realização das ações para detecção precoce do câncer de mama, no estudo de Melo *et al.* (2017), encontrou-se diferença estatisticamente significativa na orientação da idade para o início da mamografia e na realização de reuniões educativas. No presente estudo, em relação ao controle do CM observou-se diferença estatisticamente significativa nas práticas de investigar os fatores de risco e fornecer informações sobre o câncer de mama à paciente. Em relação ao câncer do colo do útero não se encontrou diferenças significativas.

Um grande intervalo de tempo sem atualizações sobre as ações voltadas à prevenção e ao controle do câncer de mama e do câncer do colo do útero pode comprometer as práticas profissionais no atendimento às mulheres. Além disto, verifica-se que vários profissionais, em torno 36%, desconhecem a disponibilidade nas UBS das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do câncer de mama e do câncer do colo do útero que, de acordo com as determinações do MS, devem estar disponíveis aos profissionais para consulta com intuito de auxiliar na execução das atividades rotineiras (INCA, 2011), resultado este, similar ao encontrado por Zine (2016) em estudo no Marrocos, que evidenciou que somente 62,4% dos médicos sabiam da existência de um guia para detecção precoce do câncer de mama. Neste estudo, na análise da presença das diretrizes nas UBS encontra-se diferença estatística em relação ao controle do câncer de mama nas práticas: realiza exame clínico para rastreamento, faz busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia, fornece informações sobre o câncer de mama à paciente e conhecimento do uso do contraceptivo oral como fator de risco. Quanto ao câncer do colo do útero, verifica-se diferenças em relação ao conhecimento da periodicidade do rastreio e nas práticas, investigar fatores de risco e fazer reunião educativa para as usuárias. Estes dados evidenciam a importância da presença destes manuais nas UBS.

O estudo de Zine (2016) sobre o Conhecimento de clínicos gerais, em Mohammedia (Marrocos), sobre o rastreio do câncer de mama, relata que a principal fonte de informação dos clínicos gerais sobre o câncer de mama foi a educação médica inicial (63,5%), seguida de seminários (52,9%). Outras fontes de informação foram congressos (23,5%), internet (14,1%), colegas (10,6%), educação continuada (9,4%) e revistas médicas (1,2%). As mesmas observações foram feitas em estudos feitos na Etiópia e Singapura, onde a principal fonte de informação também foi a educação médica inicial com percentuais mais elevados (respectivamente 78,9% e 74%) (ZINE, 2016).

O processo de aperfeiçoamento profissional constituído pelos profissionais deste estudo pode estar relacionado a fácil acessibilidade que estes trabalhadores têm para realizar cursos no próprio município, o qual se apresenta como importante polo regional em capacitação profissional, com a presença de várias universidades que ofertam diversos cursos na área de saúde.

Estas várias modalidades de acesso ao conhecimento são importantes no contexto da Atenção Básica no sentido de proverem aprimoramento teórico-prático, agregando conhecimentos, habilidades e atitudes aos profissionais, podendo favorecer uma prática mais adequada e com maior excelência, com exceção às informações trazidas por representantes de laboratório que podem trazer conflito de interesses (CECCIM, 2005).

A diversidade de meios, cursos, congresso, uso da internet, entre outros, relatados pelos profissionais para se atualizarem em seus conhecimentos e práticas, de modo frequente ou sempre, propicia diferença significativa em relação aos que não os usufruem, apontada em várias das questões de conhecimento, atitude e prática analisadas nesta pesquisa, evidenciando o fato de serem importantes e imprescindíveis. Todos os quesitos citados fazem alguma diferença na performance final dos profissionais, agregando valor aos seus conhecimentos e práticas. Cabe destacar que o crescente desenvolvimento tecnológico vem proporcionando variadas formas de acesso ao conhecimento e estes vários espaços e meios distintos de atualização deveriam ser levados em conta quando se trata de preparar profissionais para atuar na prevenção e no controle da doença com intuito de contemplar a ampla gama de indivíduos com suas claras diferenças de formação e individuais, para se alcançar melhores profissionais, com melhores atitudes, habilidades e conhecimentos (MORAES, 2016).

A falta de apoio e de investimento em uma educação permanente que propicie de maneira contínua e organizada a atualização aos profissionais, com material de apoio, inclusive as diretrizes do Ministério da Saúde (cerca de 10% dos profissionais apontaram sua ausência), podem prejudicar a implementação das ações de prevenção e controle destes cânceres, devem ser considerados também os custos adicionais ao sistema em função de condutas inadequadas com indicações não necessárias de exames (MORAES, 2016).

A agenda da mulher, segundo relato de cerca de 50% dos participantes, não se encontra disponível nas UBS, todavia sua oferta é importante para o acompanhamento do cuidado integral à saúde da mulher (MORAES, 2016).

Na investigação da presença e do acesso aos dados gerados no SIASUS, SISREG e SISCAN para planejar ações de controle destes cânceres constata-se que em torno de 40% dos profissionais não respondeu essa questão e dentre os que responderam, cerca de 55% para o SISREG e SIASUS e 82% para o SISCAN, demonstraram desconhecimento da existência destes sistemas nas UBS, apesar de os alimentarem com suas produções mensais.

Em torno de 40% dos profissionais relatam poder usar os dados gerados pelos sistemas para planejar ações no controle do CM, já em estudo de Melo (2017) este índice chegou a 60%. Os profissionais relatam problemas de acesso à internet como principal dificuldade na utilização destes sistemas.

A maioria dos profissionais relata, entretanto, planejar suas ações com a equipe (70%) e pela demanda (20%), neste sentido, Melo (2017) e Canuto (2019) observaram também em seus estudos que 60 % dos profissionais planejam suas atividades pela demanda. Em função destes dados, constata-se que os profissionais desconhecem uma ferramenta fundamental para o planejamento e avaliação das ações de controle do câncer de mama e do câncer do colo do útero, logo se fazem necessárias orientações sobre o funcionamento e principalmente sua utilidade para a adesão dos profissionais na utilização deste apoio ao planejamento das atividades da equipe da ESF. Contudo é pouco provável que os profissionais tenham disponibilidade de tempo para análises e interpretações de dados que poderiam lhes fornecer meios para compreender as dimensões do câncer de mama e do câncer do colo do útero (MORAES, 2014).

As informações produzidas pelos serviços de saúde, apesar de apresentarem limitações próprias aos dados secundários, poderiam possibilitar maior

conhecimento acerca das práticas de controle da doença, com identificação dos principais problemas a serem enfrentados e em função destes se planejar de maneira mais adequada à resolução dos mesmos (GUERRA *et al.*, 2015).

O desfecho conhecimento adequado para o controle do câncer de mama, que avalia o conjunto de acerto: conhecimento da faixa etária e da periodicidade indicados pelo Ministério da Saúde para a mamografia de rastreamento, foi alcançado pela maioria dos profissionais estudados (75,6%). Observa-se que não há diferença significativa na associação com as variáveis sociodemográfica e de formação, evidenciando poucas diferenças entre os dois grupos profissionais em relação a este quesito. Em relação a prática, 78,4% apresentam prática adequada sobre o controle do câncer de mama, contudo apenas 61,8% referem atitudes adequadas em relação ao controle do câncer de mama.

Detalhando a questão alvo do desfecho conhecimento adequado, verifica-se que o MS em suas recomendações nas diretrizes de 2015 para o controle do câncer de mama orienta a realização da mamografia para todas as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos com intervalo bianual. Em conformidade a estas recomendações cerca de 87 % dos profissionais estudados apontam esta indicação. Em estudo de Benevides (2016) o índice de acerto dos profissionais foi de somente 51,6% em relação a estas recomendações.

Achado bem divergente foi constatado em outros municípios brasileiros com pesquisas similares a esta, como no estudo de Melo (2017) em São Paulo, Moraes (2016) em Ribeirão Preto, Fonseca (2016) em Coronel Ezequiel e Jacome (2009) em Mossoró, onde mais da metade dos profissionais indicaram a mamografia a partir dos 40 anos. A periodicidade anual foi recomendada por mais de 70% dos profissionais em estudo de Melo (2017) e por 45% dos profissionais em estudo de Moraes (2016).

Segundo dados obtidos no SISCAN, relativos ao município de JF, em 2019, foram realizadas 10.454 mamografias, sendo que destas 1.601 (15,3%) foram em mulheres com menos de 50 anos e 503 (4,8%) em mulheres acima de 69 anos, totalizando 20,1% de mamografias fora da faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde. Estes dados corroboram os dados obtidos na pesquisa, onde verifica-se que cerca de 13% dos profissionais desconhecem as recomendações do Ministério da Saúde. Com a capacitação destes profissionais pode-se alcançar provavelmente uma redução significativa destes valores.

Salienta-se que em 2015, segundo estes dados, foram realizadas 2.340 mamografias (35%) em mulheres de 40 a 49 anos, já em 2019 para esta mesma faixa etária, foram 1.349 mamografias (13%), logo observa-se uma tendência de adequação às diretrizes do Ministério da Saúde, com redução de 42% na quantidade de mamografias realizadas na faixa etária de 40 a 49 anos. Em 2019 foram feitas 503 mamografias em mulheres de 70 anos para cima, em 2015 foram 611, observa-se redução (17,5%) mas não tão expressiva quanto para a faixa dos 40 anos.

Mesmo com o alto índice de conhecimento alcançado pelos profissionais da ESF de Juiz de Fora (MG), ainda constata-se 20% das mamografias realizadas fora da população alvo. Estudo de Rodrigues e colaboradores (2019) a partir de dados do SISMAMA 2010/12, referentes à na microrregião de JF, verificou um sobrerastreamento mamográfico por periodicidade excessiva em 21% das mulheres. Estudos feitos por Côrrea (2017) em MG também com dados do SISMAMA de 2010/11, apurou que a maioria dos exames de mamografia foi realizada em mulheres fora da faixa etária e periodicidade preconizados pelo MS em concordância com os dados obtidos também no Brasil, provavelmente em função de recomendações como as da Sociedade Brasileira de Mastologia. No entanto, destaque-se que mulheres com menos de 50 anos de idade têm maior densidade mamária e menor sensibilidade à mamografia o que acarreta em maior número de resultados falsos-positivos e na realização de intervenções que aumentam os custos sem comprovação de eficácia na redução da mortalidade não havendo também evidência de qualquer benefício advindo da maior periodicidade como a redução de mortalidade. Há sim maior exposição aos riscos advindos do rastreamento e o ônus desnecessário ao SUS (MIGOWSKI, 2018).

Estudo de modelagem da Força Tarefa Canadense de Cuidados à Saúde Preventivos e a nova revisão da USPSTF evidenciam estes riscos e mostram a possibilidade de indução de câncer pela radiação do rastreamento mamográfico. Nesta pesquisa, pontuou-se que as mamografias com realização anual em mulheres na faixa etária de 40 a 80 anos teriam possibilidade de induzir de 20 a 25 casos fatais de câncer a cada 100 mil mulheres rastreadas (MIGOWSKI, 2018). Em detrimento a estes estudos, tem-se que cerca de 65% dos profissionais abordados na presente pesquisa, apontaram que a mamografia não traz risco à usuária.

Em relação à indicação do ultrassom para o rastreamento do CM, o MS faz recomendação contrária forte, tanto isoladamente ou como complemento de

mamografia. Na revisão sistemática conduzida pelo MS para elaboração das diretrizes para o rastreio do CM, com o intuito de avaliar o rastreamento com ultrassonografia, com ou sem mamografia, não foram constatadas evidências conclusivas, sobre a eficácia do rastreamento com esses métodos de imagem (MIGOWSKI, 2018). Observe-se que 59% dos profissionais participantes da pesquisa indicam o ultrassom para o rastreamento do CM, seja isoladamente, seja em conjunto com a mamografia sem que com isto alcancem diminuição da mortalidade pelo CM, mas sim gerando custos desnecessários ao SUS.

O entendimento de que a mamografia reduz a mortalidade, melhorando o prognóstico do câncer de mama, abrangeu a quase totalidade dos integrantes da pesquisa (97%), consideração esta semelhante a relatada em estudo na Palestina onde 89% dos profissionais percebem que a detecção precoce do câncer de mama é um benefício importante para seu manejo e 84% consideram que a mamografia pode detectar o câncer de mama antes que seus sintomas apareçam. As percepções e comportamentos dos trabalhadores de saúde em especial das trabalhadoras sobre a prevenção do câncer de mama é de vital importância, pois os mesmos podem ter um grande impacto e influência sobre outras mulheres, logo a conscientização dos mesmos é fator a ser considerado (Nazzal et al., 2016).

Numa população, é importante a delimitação dos fatores de risco ao se ter como objetivo o planejamento de estratégias de rastreamento para diagnóstico precoce, com intuito de estabelecer cuidados e seguimentos diferenciados àqueles grupos que apresentam alto risco (JACOME, 2011).

O conhecimento dos fatores de risco pelos profissionais, possibilita também que os mesmos delineiem ações direcionadas às mulheres em função de seus riscos, reconhecidos em seus hábitos de vida e em sua história pessoal e familiar, com intuito de empoderar estas mulheres para o seu autocuidado e prevenção (BENEVIDES, 2016).

Estudo no Marrocos (ZINE, 2016) e em Fortaleza (BENEVIDES, 2016) apontaram o conhecimento acerca dos fatores de risco pelos integrantes da pesquisa como insuficiente ou inadequado e no estudo da Arábia Saudita, com enfermeiros da atenção primária, cerca de 35% pontuaram menos que 50% da pontuação total para fatores de risco para câncer de mama (YOUSUF *et al.*, 2012). Neste estudo, observa-se que somente 10% dos profissionais assinalam corretamente todos os fatores de risco levantados. Os fatores implicados no

aumento do risco para o CM dito modificáveis, de acordo com o MS, com mais de 70% de acerto para esta pesquisa e para a de Benevides (2016) foram aqueles relacionados ao estilo de vida e condutas dos indivíduos: o uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos, a terapia de reposição hormonal, a obesidade, o sedentarismo e o etilismo. Quanto ao tabagismo, citado por cerca de 90% dos participantes desta pesquisa e na de Benevides (2016) como fator de risco, confrontam-se com estudos que mostram não haver relação direta com o CM. Entretanto, uma Pesquisa da Sociedade Americana do Câncer mostrou que mulheres fumantes antes de terem filhos, têm risco 21% superior, àquelas que nunca fumaram (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2015). Os fatores de risco menarca precoce e a menopausa tardia ocasionaram dúvidas entre os pesquisados, com pequenas diferenças entre as respostas afirmativas e negativas. Estes 2 fatores de risco para o câncer de mama, contudo são de prevenção bastante complexa, pois envolvem fatores de risco não modificáveis, que resultam de exposições hormonais endógenas prolongadas.

Quanto aos fatores de alto risco para o câncer de mama, em torno de 50% dos profissionais os identifica corretamente. Em estudo na Espanha (SÁNCHEZ PÉREZ *et al.*, 2019) o índice de conhecimento foi de 71,4% para estes fatores de alto risco. O maior desconhecimento levantado foi em relação ao fator história de câncer de ovário pessoal ou familiar, resultado similar ao estudo em São Paulo de Melo (2017), com cerca de 70% e 62,5% de acerto respectivamente para cada pesquisa. Estudo na Geórgia, de Nair (2017) junto a profissionais da atenção primária observou também falha em reconhecer a história familiar e pessoal do câncer de ovário como fator de alto risco para o CM e de ovário. Este fator de risco está associado a mutações nos genes BRCA1 e BRCA2. A autora conclui que a identificação de indivíduos em risco é o primeiro passo crítico no processo de redução da incidência do câncer de mama e ovário, associados a mutações no BRCA, para possível encaminhamento dos indivíduos em risco para avaliação genética.

Em relação ao desfecho prática adequada, observa-se a prática dos profissionais em relação a investigar os fatores de risco para o câncer de mama e a prática de adotar atitudes em função destes fatores de risco. Verifica-se que 78,4% dos profissionais têm uma prática considerada adequada. Observa-se um desempenho melhor, com diferença estatística, dos profissionais com maior tempo

de graduação e daqueles com pós-graduação, logo profissionais com mais experiência e formação. Quanto as demais variáveis, não se verificam diferenças significativas.

Detalhando estas questões, verifica-se que a maioria dos profissionais, investiga os fatores de risco para o CM, bem como adota atitudes singulares em função destes fatores, contudo conforme levantamento obtido dos dados é necessário maior desempenho em relação aos fatores de risco relatados acima para maior eficácia desta prática. Destaca-se o baixo índice de acerto (em torno de 40%) em relação ao conhecimento da história de câncer de ovário pessoal e familiar como fator de alto risco pelos profissionais mais jovens, com somente graduação e com menor tempo de graduação e de atuação naquela UBS. A prática de investigação dos fatores de risco por estes profissionais, em torno de 75%, foi inferior à dos demais profissionais que chegam a mais de 90%, pode também ser aprimorada. Melo (2017) apontou que 90% dos pesquisados em São Paulo e Moraes (2016) que 72% dos enfermeiros de Ribeirão Preto, investigam os fatores de risco para o CM.

Evidencia-se um bom desempenho dos profissionais em relação aos conhecimentos e práticas relacionados à mamografia. Eles solicitam e orientam as pacientes a fazerem a mamografia para rastreamento do CM, na faixa etária e periodicidade indicadas pelo MS (85%), conforme verificação dos resultados alcançados.

Em relação ao tempo entre a solicitação da mamografia e o retorno da usuária com o resultado à UBS, observa-se que a maioria dos profissionais relatou intervalo de 1 a 3 meses e somente 16,5%, intervalo inferior a 1 mês, similar a estudos conduzidos por Moraes (2016) e Melo (2017). Sabe-se que o câncer de mama tem grandes chances de cura se diagnosticado e tratado precocemente para tanto esclarecimentos e sensibilização das pacientes neste sentido devem ser feitos, uma vez que uma das principais dificuldades relatadas para a avaliação do resultado do exame pelo médico é a demora da paciente a agendar o retorno na unidade. Foi observado, que cerca de 13% dos profissionais não sabem o tempo decorrido para o retorno ou relatam períodos superiores a 4 meses, evidenciando envolvimento inadequado nas ações de controle do câncer de mama.

No presente estudo, destaca-se que a maioria dos participantes realiza a busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia, contudo, um número expressivo de profissionais, 30% não fazem esta busca. Os

relatos não ter planejamento, falta de rotina, não ser protocolo da UBS, não terem controle sobre os pedidos, sobre estes fluxos, dificuldade de controle, não registro de quando foi pedido o exame retratam a realidade das dificuldades encontradas nas UBS com um serviço não estruturado.

A identificação das usuárias que não aderem ao rastreamento, no entanto, é mister, no sentido de empoderá-las do necessário autocuidado, através da realização dos exames preventivos e de diagnóstico precoce, do retorno com os resultados o mais precoce possível, da periodicidade dos mesmos e da necessidade de se fazer o seguimento e ou tratamento quando necessários (MORAES, 2014).

A busca ativa é uma mecanismo importante para aumentar a adesão ao rastreamento do CM. Conforme aponta o MS, a eficácia das ações de controle desta neoplasia maligna está relacionada ao cumprimento das metas de cobertura da população alvo, aprazamento dos exames e seguimento apropriado das mulheres nos serviços de saúde (MORAES, 2016).

O desfecho atitude adequada, observa o acerto em conjunto das questões, fazer a busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia, orientar as usuárias sobre os fatores de risco para o câncer de mama e orientar sobre as manifestações clínicas. Observa-se que somente 61,8% dos profissionais têm atitude adequada em relação a esta proposição, sendo que aqueles que receberam capacitação sobre o câncer de mama há menos de 3 anos e aqueles que acusaram as diretrizes do Ministério da Saúde na UBS tiveram melhor desempenho, fortalecendo a importância das capacitações e a presença de material de apoio para consulta dos profissionais. Há diferença significativa nestas duas pontuações, contudo em relação as demais variáveis não se observa grandes diferenças.

Uma das principais dificuldades ao rastreamento do câncer de mama relatada neste estudo é o desconhecimento da população acerca da importância da mamografia para detecção precoce do CM, dificuldade também percebida principalmente pelos médicos em estudo no Marrocos (GHANEM *et al.*, 2011). Este é justo o problema do rastreamento oportunístico, que requer a busca da usuária pelos serviços e para tanto se pressupõe um esclarecimento maior das mulheres sobre a importância da realização do exame, para conseqüentemente aderirem ao mesmo. (SCHNEIDER, 2014). Uma outra dificuldade relatada nesta pesquisa é a resistência da mulher em fazer o exame. Estudo de Lourenço (2009), em São Paulo,

evidencia que a ausência dos sintomas é o principal fator para 60,4% das mulheres não realizarem o exame. Estas barreiras mostram principalmente a falta de conhecimento sobre o rastreamento do câncer de mama, e de orientações que poderiam minimizar possíveis medos e ansiedades e esclarecer a importância da mamografia principalmente para a população menos favorecida. (DOS-SANTOS-SILVA, ISABEL *et al.*, 2019).

A falta de conhecimento, muitas vezes em função do baixo nível educacional das pacientes, faz com que, embora muitas vezes existam manifestações clínicas como a presença de nódulos, eritemas e edema, não ocorra a procura por profissionais da saúde para esclarecimento e ou terapia em função da não valorização dos sinais e sintomas e do reconhecimento da possível gravidade dos mesmos com conseqüente atraso e piora no diagnóstico e prognóstico (FONSECA, 2016). A falta de conhecimento da população foi apontada também por Jacome (2011) em Mossoró e Ortega (2016) no México.

Outros estudos apresentaram como principais barreiras: a falta de agentes educadores em saúde para a população (TUCUNDUVA, 2004) e a insuficiência de profissionais habilitados (ORTEGA, 2016; JACOME, 2011).

Abordando o autoexame das mamas, um estudo randomizado chinês com cerca de 260 mil mulheres por cerca de 10 anos, evidenciou que não houve eficácia deste exame da mama para diminuir a mortalidade por câncer de mama. Conclui que o autoexame das mamas pode levar as mulheres a detectar mais nódulos benignos da mama, mas também pode criar maior conscientização sobre as alterações mamárias (THOMAS, 2002).

O Ministério da Saúde faz recomendação contrária fraca para o rastreamento com técnica padronizada e periodicidade fixa. Como estratégia de conscientização do próprio corpo, faz recomendação favorável fraca. A mulher deve ser orientada a realizar a autopalpação/observação das mamas em situações diárias (no banho, na troca de roupa ou outra), sem uma técnica específica, esclarecendo dúvidas com profissionais qualificados ao sinal de modificações suspeitas em suas mamas. Mulheres sintomáticas, que já apresentam alguma alteração suspeita na mama devem ser priorizadas no atendimento (INCA, 2018c). Neste sentido, pontua-se que, 86% dos profissionais deste estudo orientam as mulheres, com predomínio dos enfermeiros nesta atividade. Com relação ao ensino do método de autoexame das mamas com intuito de rastrear o CM, verifica-se que as revisões sistemáticas de

ensaios clínicos analisadas pelo MS, não acusaram redução da mortalidade por CM (MIGOWSKY, 2018). Observa-se que apesar de não estar mais nas recomendações do Ministério da Saúde desde 2015, a maioria dos profissionais, neste estudo, com maior prevalência dos enfermeiros, daqueles com mais idade e com maior tempo de graduação ensina as usuárias a fazer o autoexame das mamas. Em concordância com estes dados, estudos na Nigéria mostraram que a prática do autoexame das mamas aumentou significativamente com a idade, de 65,2% entre os 20 e 29 anos para 100% naqueles com 60 anos ou mais, $p = 0,0035$. Aqueles que exercem sua profissão há mais de 30 anos (100%) apresentam uma proporção significativamente maior daqueles que praticam autoexame das mamas do que aqueles que praticam há menos de 30 anos, $p=0,004$ (AKHIGBE; OMUEMU, 2009).

Em relação ao exame clínico das mamas há ausência de recomendação do MS para rastreamento tanto contrária quanto favorável. As revisões sistemáticas selecionadas, nas análises do Ministério da Saúde, sobre rastreamento com exame clínico das mamas relataram em suas conclusões que ainda não há evidências sobre a eficácia deste procedimento na redução da mortalidade por câncer de mama (MIGOWSKY, 2018).

Os enfermeiros e em torno de 90% dos médicos realizam o exame clínico das mamas durante o exame preventivo, em caso de queixa específica feita pelas mulheres e quando por elas solicitados. O exame clínico das mamas para rastreamento também é realizado por cerca de 90% dos profissionais, com maior atuação dos enfermeiros nesta prática. Em relação à realização do exame clínico das mamas em todas as consultas, conforme indicado no atendimento integral à mulher, encontrou-se que somente 15,8% dos homens e 5 % das mulheres têm esta prática, corroborando estudo de Batiston (2016) onde a quase totalidade dos profissionais declarou não realizar o ECM em todas as consultas.

Apesar da ausência de recomendação do exame para rastreamento do CM pelo Ministério da Saúde, este é uma ferramenta diagnóstica importante nos casos já sintomáticos da doença.

No quadro abaixo, estão as principais recomendações do Ministério da Saúde presentes nas diretrizes de 2015 para o controle do câncer de mama comparadas às ações desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros da ESF de Juiz de Fora às observadas em outros estudos.

Quadro 7: Recomendações do Ministério da Saúde, diretrizes de 2015 para o controle do câncer de mama comparadas às ações desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros da ESF de JF, MG e pelos médicos e ou enfermeiros de outros municípios.

Ações preconizadas pelo Ministério da Saúde	Ações desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Juiz de Fora (resultados)	Ações desenvolvidas pelos profissionais de outras localidades
Investigação dos fatores de risco (FR) pelos profissionais (autor/ % dos profissionais que fazem a investigação)	- 90% dos profissionais investigam os fatores de risco	- Moraes (2016) 71,7% e - Melo (2015) 90,2% dos profissionais investigam os FR - Benevides (2016) 74% investiga FR
Mamografia: faixa etária de 50 a 69 anos	- 87,1% indicaram: 50 a 59 anos	- Melo (2015) 61,7% >40 anos (enf) - Jacome (2011) 69,7% e 93,6% >40 anos (med/enf) - Fonseca (2016) 87% >40 anos (enf)
Mamografia: periodicidade bianual	- 85,1 % indicaram bianual	Melo (2015) 72,9% indica anual Zine (2016) 56,8% indica bianual
Autoexame das mamas: como conscientização do próprio corpo	- 85,9 % orienta como estratégia de conscientização do próprio corpo	- Fonseca (2016) 100% indica AEM - Melo (2015) 92,5% indica AEM com técnica específica - Moraes (2014) 70% indica AEM
Exame clínico das mamas: sem recomendações para rastreamento do câncer de mama	- 90% dos profissionais realizam o exame clínico para rastreamento do CM	- Melo (2015) 88% realiza ECM - Moraes (2014) 70% realiza ECM - Benevides (2016) 73,9% realiza ECM
Busca ativa	- 69,1% faz busca ativa de quem não retornou com o resultado	- Moraes (2016) 76,7% não faz a busca de quem faltou ao exame
Ações educativas: de maneira individual ou coletiva de modo que promova a mobilização e participação da comunidade	- 50,3% faz reunião educativa para as usuárias	- Melo (2015) 66,1% dos profissionais faz reunião educativa - Moraes (2014) 21,7% dos profissionais faz reunião educativa

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

O desfecho conhecimento adequado sobre o rastreamento do câncer do colo do útero, que avalia o conjunto de acerto conhecimento da faixa etária e a periodicidade indicados pelo Ministério da Saúde sobre o controle do câncer do colo do útero foi alcançado por somente 40% dos participantes. Verifica-se que a maioria dos profissionais estudados (60,6%) demonstra conhecimento inadequado sobre o rastreamento do câncer do colo do útero, todavia as mulheres e os mais jovens estão com desempenho melhor em relação a este quesito, com diferença significativa. Na associação com as demais variáveis sociodemográfica e de formação, não há diferenças, bem como entre os dois grupos profissionais.

Verifica-se que as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero recomendam o exame citopatológico para as mulheres na faixa etária de 25 até 64 anos que já tiveram atividade sexual (BRASIL, 2016). A priorização desta faixa etária justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas para não evoluírem para o câncer. Antes dos 25 anos prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredem espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dada a sua lenta evolução (BRASIL, 2016).

Detalhando o desempenho dos profissionais em relação ao conhecimento da faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde, o presente estudo observa que somente 45% dos profissionais apontam corretamente o intervalo de 25 a 64 anos, 27% dos profissionais apontam o início da atividade sexual e 21% o intervalo de 25 a 59 anos. Tais resultados evidenciam condutas recomendadas anteriores a 2011, logo não atualizadas quanto às últimas recomendações do Ministério da Saúde. Neste sentido, observa-se que os profissionais mais jovens, com menor tempo de graduação e tempo de UBS de 1 a 5 anos têm melhor desempenho, mas parcela expressiva, 47,8%, têm conhecimento inadequado, apesar do pouco tempo de formados. Verifica-se também um desempenho melhor das mulheres, talvez por estas serem mais requisitadas pelas usuárias a fazerem o exame citopatológico, logo se preocupam mais em estar atualizadas. Com indicadores melhores que o deste estudo, pesquisa em João Pessoa relata que 70% das respostas foram adequadas em relação a este quesito (MARSICANO, 2016).

Dados do SISCAN para Juiz de Fora, mostram que foram feitos 17.777 exames citopatológicos no ano de 2019, sendo que 1.899 (11%), foram feitos em mulheres abaixo dos 25 anos e 1223 (7,11%) em mulheres acima dos 64 anos, totalizando 18,11% dos exames realizados fora da faixa etária recomendada. Observa-se que apesar do número de profissionais com conhecimento inadequado ser bem elevado, a inadequação em relação a faixa etária encontrada nos dados do SISCAN para JF foi somente de 18%. Talvez estes números não estejam tão elevados provavelmente em função de uma divisão de tarefas encontrada nas UBS, onde a função da coleta do exame citopatológico está delegada aos enfermeiros, situação essa verificada em mais da metade das UBS. Provavelmente, os

profissionais que não realizam frequentemente estes exames, não estão se preocupando em se atualizar neste sentido, já que têm outras prioridades. Ressalta-se, no entanto que os médicos orientam condutas dos demais profissionais da ESF, logo é mister que eles tenham conhecimento adequado.

Corroborando estes dados, estudo de Corrêa (2017) em MG, avaliando os indicadores relacionados à oferta de exames citopatológicos, levantou que 75% dos exames foram realizados em mulheres dentro da faixa etária alvo do programa à época da pesquisa, contudo verificou-se um número significativo de exames (16%) em mulheres com menos de 25 anos. Estudos no país indicam proporção de 78% dos exames realizados na faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde em 2013 (INCA, 2015).

A periodicidade recomendada para o rastreamento é a repetição do exame citopatológico a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento. Em relação a esta periodicidade, salienta-se que 71,5% dos profissionais a assinalam adequadamente, sendo que 24% deles apontam intervalo anual. Contrapondo estes resultados, estudo retrospectivo em uma UBS em Natal (RN), revelou periodicidade dos exames citopatológicos com intervalos superiores à cinco anos ou mais (42,9%)(LAGANÁ, 2013).

Outros achados, em relação a periodicidade, são: os profissionais com menor tempo naquela UBS, menor que 1 ano, têm um desempenho regular, com índice de acerto de cerca de 56% (profissionais com mais de 6 e maior que 10 anos têm 81,5% de acerto), bem como os profissionais do sexo masculino (contrapondo aos 76,5% de respostas adequadas do sexo feminino) e aqueles com somente graduação (os profissionais com pós-graduação tiveram 75,5% de adequação) com diferença significativa entre os grupos. A presença das diretrizes na UBS também evidencia melhor desempenho dos profissionais. Em relação as demais características sociodemográficas e de formação não há diferenças significativas.

Analisando os valores de acerto em relação à faixa etária e à periodicidade das recomendações para o rastreamento, observa-se maior percentual de acerto em relação à periodicidade, 71,4% (n=115) contrastando com os 44,5% (n=75) em relação à faixa etária. Tais valores se justificam se verificarmos que 21% (n=35) dos profissionais assinalaram a faixa etária de 25 a 59 anos, recomendação preconizada

pelo MS anterior a vigente, que preconiza, no entanto, igual periodicidade. Estes dados evidenciam a falta de atualização destes profissionais, uma vez que as atuais recomendações de população-alvo vigoram desde 2011.

Em levantamento do Instituto Nacional de Câncer, em 2013, no Brasil, observou-se que apenas 11% dos exames foram realizados na periodicidade recomendada, sendo muito frequente a realização de exames anuais em todas as regiões do país (INCA, 2015). Nesta perspectiva, Corrêa (2017) levantou em seu estudo, em relação à periodicidade de realização do exame citopatológico, em MG, que, assim como observado para o Brasil, a maioria dos exames foi repetida em até um ano, sugerindo o não cumprimento das recomendações nacionais.

A realização de exames fora da faixa etária alvo e da periodicidade recomendada, além de sobrecarregar os serviços, pode comprometer o acesso das mulheres que realmente precisam ser rastreadas e encaminhadas para a investigação diagnóstica e tratamento das lesões precursoras. Observa-se a necessidade de capacitação dos profissionais da atenção primária de Juiz de Fora e orientação da população feminina quanto às recomendações do Ministério da Saúde (INCA, 2015).

O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papilomavírus Humano). A infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente, para o desenvolvimento do câncer cervical uterino (INCA, 2019). São precisos então, entre outras causas, fatores de risco, além da infecção pelo HPV, para o desenvolvimento de câncer do colo do útero, como o uso de contraceptivos orais, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade e o tabagismo (BRASIL, 2012). Considerando estas condições, observa-se que a ampla maioria dos profissionais (90%) indica fazer a investigação destes fatores junto às usuárias das UBS e demonstra conhecimento assinalando corretamente, com mais de 90% de acerto, os fatores de risco: infecção pelo HPV, a iniciação sexual precoce e a multiplicidade de parceiros sexuais, contudo o uso de contraceptivos orais foi assinalado por somente 57,5% dos profissionais sem diferença quanto a formação profissional. O fato de não ter filhos também foi erroneamente apontado como fator de risco por 47,5% dos profissionais. Estudo na Índia de Khanna (2019) mostra desempenho pior, somente 33,6% dos profissionais de saúde apontaram infecção pelo HPV, 57,4% a iniciação sexual precoce e 59,2% a multiplicidade de parceiros sexuais como fatores de risco para o

câncer do colo do útero. Em pesquisa similar de Marsicano (2016) sobre os CAP do câncer do colo do útero em João Pessoa, somente 30% dos profissionais responderam adequadamente em relação a estes fatores

A prática adequada para o câncer do colo do útero reúne as questões: investiga sempre ou com frequência os fatores de risco para o câncer do colo do útero, faz busca ativa das mulheres que tiveram resultados alterados no exame preventivo e faz o seguimento das mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero e está com 77,6% de adequação entre os profissionais. Há melhor desempenho dos profissionais com maior tempo de graduação, com pós-graduação e com a presença das diretrizes do Ministério da Saúde como apoio, com diferença significativa. Em relação às outras variáveis não há diferenças. Observa-se que estes profissionais têm mais experiência profissional, o que logo propicia melhor atuação nas práticas.

Considerando que o HPV é condição necessária para o câncer cervical, a vacinação para prevenção do HPV tem potencial para reduzir a carga de doença cervical e lesões precursoras, tendo sido adotada pelo Ministério da Saúde, que a recomenda para meninas, na faixa etária de 9 a 14 anos e para os meninos de 12 a 13 anos. Esta condição protetora da vacina é reconhecida por 100% dos enfermeiros e 98% dos médicos participantes da pesquisa.

O método mais amplamente utilizado para rastreamento do câncer do colo do útero é o exame citopatológico, sendo reconhecido mundialmente como estratégia para detecção precoce do câncer do colo do útero (INCA, 2019). O conhecimento deste exame como fator protetor, uma vez que descobre as lesões precursoras do câncer do colo do útero, antes que tenham evoluído para o câncer do colo do útero, foi alcançado por 88% dos profissionais, com melhor desempenho das mulheres em relação aos homens.

Quanto à reunião educativa para as usuárias sobre o controle do câncer do colo do útero, observa-se que somente a metade dos profissionais na presente pesquisa faz ações neste sentido, com predomínio dos enfermeiros nestas ações.

Em pesquisa realizada em Assu, RN sobre a prática de enfermeiros sobre o câncer do colo do útero, verifica-se o relato de práticas de ações educativas, contudo observou-se que as mesmas não contemplavam as necessidades específicas daquela dada população, não possuíam uma periodicidade, eram genéricas e pontuais (SILVA, 2017). Segundo esse autor a educação em saúde

deveria ser pautada no estímulo ao diálogo, à reflexão, à ação compartilhada e ao questionamento junto às mulheres para promoção de mudanças. Observa-se que uma minoria dos profissionais nesta pesquisa, relata fazer orientações às usuárias através de rodas de conversa (28,5%) Há maior atuação dos enfermeiros, dos profissionais com maior tempo de UBS, que não exercem outra atividade remunerada, dos profissionais que realizaram cursos frequentemente ou sempre oferecidos pela Prefeitura de Juiz de Fora/ Ministério da Saúde e profissionais que se atualizam inclusive através de trocas de informações com os colegas em relação a esta modalidade de educação.

Estudo de Oliveira (2007), ao apontar que os profissionais devem realizar discussões em grupos de educação em saúde com as usuárias da ESF, julga que estas atitudes podem ajudar na construção do atendimento integral na prevenção do câncer do colo do útero. Entendendo, que a educação em saúde, com as mulheres da comunidade também através de palestras, potencializa a transmissão do máximo de informação possível, a fim de conscientizar não só as pacientes como também os seus parceiros (OLIVEIRA; PINTO; COIMBRA, 2007).

Esta conscientização das mulheres é importante para a adesão das mesmas na realização do exame citopatológico, mesmo na ausência de sintomas, visto que se pode ter uma redução de até 80% da mortalidade do câncer de colo do útero através do rastreamento, com a detecção precoce da doença ou de lesões precursoras entre mulheres assintomáticas, na faixa etária de 25-64 anos (INCA, 2014).

Neste sentido, se faz importante a busca ativa das mulheres da comunidade, que faltaram à consulta e à coleta, incentivando-as a procurar a UBS para a realização do exame citopatológico. A territorialização e o cadastramento das famílias pela ESF deveriam favorecer a identificação de mulheres que nunca fizeram o exame citopatológico ou que estão em atraso em um serviço bem organizado. Segundo Mendes *et al* (2016) a Estratégia Saúde da Família também propicia maior vínculo no relacionamento profissional e usuário favorecendo a efetivação de ações de saúde.

Contudo, observa-se que, na presente pesquisa, somente 59,5% dos profissionais fazem busca ativa das mulheres que faltaram à consulta e à coleta, com maior atuação dos enfermeiros nestas ações. Os profissionais que têm maior tempo de trabalho naquela UBS, logo com a possibilidade de terem maior vínculo

com as usuárias, apresentaram de fato uma sensibilidade maior do que aqueles que têm menor tempo de serviço, em relação à busca ativa. Eles buscam mais as mulheres que faltaram à consulta e à coleta, bem como aquelas mulheres com resultado do exame com suspeita de malignidade e sem retorno à UBS para buscar o resultado. Os profissionais com mais idade, maior tempo de graduação e maior tempo de trabalho na UBS apresentaram uma prática diferente significativamente melhor neste aspecto. Este quesito balizou o desfecho atitude adequada para o câncer do colo do útero.

A ESF de Juiz de Fora apresenta-se com 52% dos seus profissionais com tempo de atuação menor que 5 anos naquela UBS, sendo que destes 26% têm tempo inferior a 1 ano em função de contratos anuais, caracterizando grande rotatividade de profissionais nas equipes, logo com interferência negativa na construção de vínculos com as famílias (CÔRREA, 2017), contudo, como já posto, recentemente o município realizou concurso público e desde julho de 2019 novos profissionais têm ingressado no serviço de saúde, devendo este quadro ser revertido.

Quanto ao seguimento das mulheres com diagnóstico para câncer do colo do útero, verifica-se que 85,5% dos profissionais relatam fazê-lo. Laganá (2013) observa que um rastreamento só é justificável se houver tratamento adequado das pacientes com resultado alterado, contudo o seguimento destas mulheres é de difícil controle em função da não organização dos serviços, com descontinuidade das ações de controle, porém, ressalta que esforços são necessários para que sejam realizados e se obtenha uma vigília maior desse tipo de câncer, principalmente em populações menos favorecidas.

Os fatores que dificultam a realização do exame citopatológico, segundo os profissionais estudados nesta pesquisa, são principalmente a falta da paciente ao exame, relatado por 69% dos profissionais e a resistência da mulher em realizar o exame com profissional de outro sexo, apontado por 21,3% dos integrantes do estudo.

Na implementação de um programa bem-sucedido de prevenção do colo do útero, é essencial identificar as razões que impedem as mulheres de usar esses serviços com intuito de se buscar diminuir a infrequência a estas consultas (ANAND, 2018). Nas práticas de prevenção do câncer de colo uterino, existem fatores que podem interferir nos serviços de saúde, como: aspectos culturais, comportamentais,

sociais e econômicos (OLIVEIRA *et al.*, 2007). Algumas barreiras podem surgir ao se realizar o exame, como a vergonha e o medo, assim como o receio dos resultados (GOULART, 2014). O exame também pode se tornar provocador de tensões emocionais, que, no entanto, são capazes de ser controladas e trabalhadas antes da realização do mesmo pelo profissional, para tanto é importante a construção de vínculo entre o profissional e a cliente (MOURA *et al.*, 2010).

Observe-se, que o fato dos profissionais elucidarem as mulheres que todas as informações adquiridas durante a consulta serão mantidas em sigilo, resguardando a identidade da mulher, ajuda a criar vínculos com a usuária (MOURA *et al.*, 2010). É imprescindível criar uma empatia, para que as pacientes possam se sentir acolhidas e possam compartilhar informações.

Segundo Ribeiro (2016), sentir-se saudável, em função da ausência de problemas ginecológicos, é um dos outros fatores para a não realização do exame citopatológico, as mulheres não procuram o serviço de saúde pelo fato da doença ser assintomática em sua fase inicial, logo dificultando e impedindo o acesso e a realização do exame.

Cabe ressaltar que a busca dos serviços de saúde somente para ações curativas ou tratamento de doenças reflete desconhecimento da população para a necessidade de cuidados preventivos (RIBEIRO; BASTOS; VIEIRA; RIBEIRO; TEIXEIRA; LEITE, 2016)

A falta de tempo por causa do horário de serviço ou também serviços de casa, a desinformação, rotina pesada de trabalho até não ter onde deixar os filhos e o desencorajamento pelo parceiro são outras razões levantadas (GOULART, 2014). Podemos destacar a ênfase à estratégia de saúde da Família para alcançar essas mulheres. É necessário traçar metas juntamente com a equipe da unidade para aproveitar a vinda da mulher na UBS, e também descobrir estratégias para atrair as mesmas até a unidade de saúde para reduzir o problema, motivando-as a realizarem os exames. Para isso, é necessária a implantação e/ou implementação de programas efetivos, eficazes e permanentes nos serviços de saúde (AMARAL; GONÇALVES; SILVEIRA, 2017).

O acesso ao serviço de saúde para a realização das consultas, exame e coleta, são assegurados em todas as UBS da ESF de Juiz de Fora, não configurando, neste sentido, uma barreira às mulheres. Observa-se dificuldades para o acesso somente em 2 UBS, com a presença de listas de espera, mas não o

impedimento para a realização do exame. A não oferta, contudo, do serviço em horários diferenciados pode se constituir numa barreira para aquelas mulheres que trabalham em tempo integral, em função disto, em épocas de campanha, outubro rosa, costumam ser oferecidos outros horários para atender também este público.

Outra barreira, citada por 25 % dos profissionais, seria a resistência da mulher da mulher em realizar o exame com profissional de outro sexo. Contornando esta dificuldade observada, verifica-se que na maioria das UBS, são as enfermeiras que realizam o exame citopatológico e em algumas somente as profissionais do sexo feminino. Segundo Ferreira (2009), algumas mulheres apresentam comportamento que as tornam vulneráveis à doença, elas se sentem constrangidas e envergonhadas ao se submeterem ao exame citopatológico, principalmente quando o profissional a que se submete ao exame é do sexo masculino. Percebe-se que a sexualidade é um tema especial para se lidar, que as pessoas têm pouca liberdade para abordar (DUAVY *et al.*, 2007). Estes fatores podem acarretar em barreiras quanto à realização do exame citopatológico, logo é fundamental que essas mulheres adotem uma nova postura, para tanto é importante a conversa frequente do profissional com a usuária, tentando quebrar tabus, crenças, e culturas, realizando o direito da mulher de conhecer o seu próprio corpo, e reconhecer sobre o câncer de colo uterino e a sua prevenção (SILVA *et al* 2017).

Os motivos mais comuns citados para a não realização do rastreamento, segundo estudo de Khanna (2019) na Índia foram: não haver problema / somente serão triados quando houver queixa (35,7%) e medo de dor (24,6%). Quase um quarto declarou falta de consciência quanto à facilidade de triagem (23,8%). Falta de tempo (8,7%), estigma social (4,3%) e constrangimento durante o procedimento (2,9%) foram outros motivos apontados.

Em relação às capacitações profissionais, observou-se em um estudo de intervenção educativa junto a profissionais de enfermagem, um aumento nos conhecimentos sobre HPV, câncer cervical e vacinas contra HPV, ratificando a propriedade da educação permanente para os profissionais de saúde. A educação, segundo o autor, além de propiciar mais conhecimentos, sensibiliza para a educação das usuárias, bem como para práticas preventivas (GUDUCU *et al.*, 2012).

Neste sentido, um treinamento de profissionais na Índia sobre o CCU (GAJALAKSHMI *et al.*, 1996) observou também uma melhora geral de 25% no conhecimento destes profissionais. A partir destas considerações observamos que,

o município deveria investir em seus profissionais com capacitações mais frequentes e com um plano de carreira atraente para maior permanência de seus profissionais e conseqüente melhores práticas e menores custos ao município, visto que a prevenção é muito menos onerosa que um tratamento oncológico.

Analisando comparativamente os conhecimentos, atitudes e as práticas dos profissionais médicos e enfermeiros, primeiramente em relação ao controle do câncer de mama, verifica-se que em relação a estes conhecimentos não houve diferença significativa entre os dois grupos. Já nos estudos de Batiston (2016) e de Jacome (2016) observou-se melhor desempenho dos médicos em relação ao conhecimento acerca da mamografia, com identificação da mamografia como principal exame para a detecção precoce do CM. Também na Nigéria, os profissionais médicos possuíam conhecimento significativamente maior sobre o rastreamento da mamografia do que as outras categorias de profissionais de saúde (AKHIGBE; OMUEMU, 2009).

Em relação ao conhecimento sobre os fatores de risco para o CM não se observou diferença estatística entre os dois grupos profissionais, contudo em estudo na Nigéria, os médicos (39,2%) possuíam conhecimento significativamente maior dos fatores de risco do que os enfermeiros (9,8%) e as demais categorias de trabalhadores da saúde (AKHIGBE; OMUEMU, 2009).

Em relação à prática de controle do câncer de mama, os enfermeiros se destacaram em várias ações, apresentando melhor desempenho com diferença significativa entre os 2 grupos. Os enfermeiros realizam mais as ações de: investigar e de orientar os fatores de risco para o câncer de mama, de encaminhar as mulheres com resultado com suspeita de câncer de mama, bem como realizam mais exame clínico das mamas para rastreamento, durante o exame preventivo e fazem mais orientações as usuárias no sentido de examinarem suas mamas. Quanto à prática coletivas, realizam mais palestras coletivas de orientação bem como orientam mais através de rodas de conversa, do que o grupo de formação médica. Em estudo de Batiston (2016) observou-se, diversamente em relação a esse estudo, que os enfermeiros obtiveram desempenho pior também em relação às práticas verificando que 49% dos enfermeiros realizam o exame clínico das mamas em caso de queixas mamárias, enquanto os médicos são em torno de 72%. Estes enfermeiros também identificaram, erroneamente, o auto exame das mamas como o

mais indicado para a detecção precoce da doença, enquanto os médicos consideraram, corretamente, a mamografia.

Em relação aos conhecimentos a respeito do controle do câncer do colo do útero por médicos e enfermeiros, não houve diferenças significativas entre os dois grupos. Quanto a prática relacionada ao tema, observa-se que os enfermeiros fazem mais busca ativa das mulheres que faltaram a consulta e a coleta e conduzem mais reuniões educativas para as usuárias sobre o controle do câncer do colo do útero. Em relação aos fatores de risco para o câncer do colo do útero, salienta-se que o desempenho foi similar nos dois grupos, com exceção para o fator multiplicidade de parceiros sexuais, mais identificado pelos enfermeiros, com diferença significativa entre os dois grupos.

A partir desses resultados, analisa-se como possíveis fatores relacionados ao melhor desempenho, principalmente em relação às práticas, dos profissionais enfermeiros, o maior tempo de graduados desses profissionais, 90% têm mais de 10 anos de graduação, e ao maior tempo de atuação na mesma UBS, 35% dos profissionais atuam na mesma UBS há mais de 10 anos, em relação aos profissionais médicos com somente 49% com mais de 10 anos de graduados e 21,5% com mais de 10 anos de atuação naquela UBS, possibilitando melhores práticas e maior vínculo junto às usuárias com maior adesão às práticas de controle. O melhor desempenho relacionado ao desfecho prática adequada associado aos enfermeiros possivelmente está também vinculado à responsabilidade da saúde da mulher, delegada em 60% das UBS, às enfermeiras. Os médicos em função de divisão de tarefas interna nas UBS, têm nestas UBS desempenhado um papel mais curativo que preventivo. O fato da maior parte dos enfermeiros ser do sexo feminino, também poderia estar relacionado a este desempenho, em função de maior sensibilidade aos problemas inerentes às mulheres.

Analisando o processo de marcação de consultas e exames na UBS, é interessante observar que na maioria das UBS não há dificuldades para se fazer o agendamento, a usuária procurando o serviço consegue marcar prontamente e em vários casos não é necessário ir até a UBS uma vez que as ACS fazem a marcação para as usuárias. Os problemas para o agendamento são pontuais, podendo ser melhorados com a reorganização do serviço com oferta de mais dias para a coleta do exame citopatológico e ou contratação de mais profissionais, para tanto uma

postura reflexiva do gestor e dos profissionais atuantes nestas duas UBS com dificuldades de agendamento é necessária para se minorar esta dificuldade.

Existe uma autonomia importante, observada na organização do serviço nas UBS com ESF de Juiz de Fora, com diferenças em relação à marcação e na realização de consultas, atendendo às diferenças regionais de maior ou menor demanda em função da população adscrita.

Observa-se divisão de tarefas entre enfermeiros e médicos em 60% das UBS, com atendimento à saúde da mulher delegada principalmente aos profissionais enfermeiros, que são predominantemente (93%) mulheres, contudo contempla-se o atendimento às usuárias já que há pelo menos um profissional da equipe direcionado a estas ações. Esta divisão pode demonstrar sensibilidade por parte dos profissionais ao direcionarem principalmente profissionais mulheres para realizarem o exame citopatológico, uma vez que há resistência da mulheres em realizar o exame com profissional do sexo masculino. Esta divisão não significa que entre os profissionais não exista troca de informações de casos mais complexos e consultas aos profissionais médicos nos casos que se fazem necessários. Mas pode também significar resistência de profissionais em assumirem conjuntamente as ações preventivas, delegando funções a somente um grupo de profissionais com prejuízo das usuárias e perda de oportunidade para se alcançar o maior número de mulheres para as práticas de controle destes cânceres. Em estudo de Pavoni e Medeiros (2009) no Rio Grande do Sul, observou-se também que somente a enfermeira realiza coleta de preventivo do câncer do colo do útero, embora esta não seja estabelecida como uma função exclusiva deste profissional.

A padronização das práticas, adoção de protocolos únicos pela rede assistencial da PJJ pode ser importante no sentido de tentar uniformizar as condutas, mas também pode engessar as ações e percepções de necessidades únicas de cada UBS, falhando na ação de educação permanente que prevê ações reflexivas dos profissionais e modificações de suas práticas em função destas reflexões.

Destaca-se neste estudo, a postura de uma UBS que se organiza em função das usuárias, aproveitando todas as oportunidades para fazer o exame citopatológico. Observe-se que o rastreamento, no país, é oportunístico, logo condutas similares a esta são eficazes para se buscar ampliar a cobertura e diminuir os indicadores de mortalidade pelo câncer do colo do útero, contudo verifica-se que

esta postura não é possível em muitas UBS, que apresentam demanda muito grande de atendimento, não sendo possível encaixes na agenda sem sobrecarregar os profissionais.

Quanto a marcação para mostrar o exame citopatológico, observa-se a mesma prontidão que se encontra para marcar em várias UBS. A usuária tem a facilidade, em várias UBS de pegar e mostrar o resultado para o profissional num mesmo momento, sem necessidade de marcar consulta. Contudo, observa-se que uma situação mais ideal seria aquela observada em 12 UBS que têm como conduta olhar o resultado assim que este chega na unidade e já agendar as com resultado alterado com busca ativa destas mulheres. Observa-se que o fato de se esperar que a mulher vá até à UBS, pode incorrer que a mesma demore muito pra retornar ou se esqueça do exame feito, com possibilidade de conseqüente piora no prognóstico em função da demora do diagnóstico da neoplasia maligna. A situação menos desejável é aquela observada em UBS que agendam para mostrar o exame sem nenhuma prioridade para aquelas que apresentam resultado alterado. A conscientização dos profissionais para o diagnóstico precoce é importante nestes casos.

Estudo de Tomasi (2015) sobre a adequação do processo de trabalho das equipes na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica no Brasil, averiguou se a unidade de saúde possuía protocolo para priorização de usuárias para o programa de controle do câncer de colo de útero, se a equipe fazia coleta de material para exame citopatológico, possuía registro das coletas e dos exames alterados, realizava o seguimento das mulheres pós-tratamento e realizava ações de divulgação e de sensibilização da população-alvo para o exame. Resultou que somente 30% das equipes foram classificadas com processo de trabalho adequado para detecção do câncer de colo de útero.

Em relação a mamografia, observa-se que a maioria dos profissionais (55%) solicita a mamografia após consulta, mas contrariamente observou-se que o pedido de mamografia foi liberado por livre demanda sem a observação se a usuária preenchia os critérios de faixa etária e tempo da última mamografia. Solicitações neste sentido, podem incorrer no sobrerastreio e na periodicidade excessiva, uma vez que não se verifica a data do último exame e a idade da mulher, se baseando somente no conhecimento da mulher a respeito do controle do câncer ou em sua vontade de realizar a mamografia.

Os resultados da mamografia são levados pela usuária até a UBS e na maioria das unidades se agenda para se mostrar o mesmo, sem prioridade às usuárias com resultado alterado (somente 5 UBS têm esta conduta). Tal conduta pode-se conferir como obstáculo para o acesso aos serviços de saúde para tratamento destas neoplasias malignas, especialmente naquelas UBS com grande demanda de atendimento. Verifica-se que a identificação precoce, com detecção de tumores menores e sem comprometimento axilar, melhora as chances de cura, o tratamento é mais eficaz e menos mutilador, neste sentido é necessário agilizar todo o processo de atendimento às mulheres com exames alterados, a prontidão pode significar a diferença entre a vida e a morte para estas mulheres. Há necessidade de se sensibilizar toda a equipe da ESF em relação a estas considerações no momento de agendarem as consultas, incluindo o auxiliar administrativo, muitas vezes o responsável pela agenda dos profissionais.

O fato de vários profissionais estarem aptos a realizarem o agendamento das usuárias para o serviço de mamografia agiliza e facilita o processo, prática esta verificada na maioria das UBS, contudo há aquelas que centralizam o serviço na figura do supervisor e do atendente. Na falta deste profissionais o agendamento fica prejudicado.

Considerando o processo de serviço nas UBS, observa-se boas práticas, mas em várias delas é necessário rever condutas no intuito de melhorar o atendimento em benefício de um melhor controle dos cânceres da mama e do colo do útero.

Verifica-se que, para que as condições da saúde das mulheres atendidas pelos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família sejam modificadas, é necessário que haja uma sensibilização e capacitação plena dos profissionais atuantes nesta estratégia, para que suas ações respondam às reais necessidades das mulheres, contemplando e acolhendo suas dificuldades de acesso ao serviço, não buscando a burocratização do serviço com condutas rígidas de marcação de consultas, sabendo priorizar os casos necessários.

Embora se tenha observado que os profissionais não tiveram em sua maioria capacitação acerca do controle dos cânceres de mama e do colo do útero nos últimos anos, verifica-se resultados bastante aceitáveis, decorrente de uma estruturação antiga da rede de assistência à saúde da mulher no município. Em todas as UBS da ESF existe o serviço de atendimento à Saúde da Mulher, realizado por enfermeiros e ou médicos, com oferta dos serviços referentes a esta prática

Não haver um questionário padronizado sobre os conhecimentos, atitudes e prática em relação ao controle do câncer de mama e do colo do útero disponível pode ser uma limitação na comparação de nossos achados com outros estudos.

10 CONCLUSÕES

Este estudo abordou os conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da ESF de Juiz de Fora em relação ao controle dos cânceres de mama e do colo do útero. Um dos aspectos de interesse observado nesta pesquisa relaciona-se à caracterização sociodemográfica dos envolvidos, dois perfis de profissionais bem distintos, que evidenciaram também práticas muitas vezes distintas. De um lado os médicos, mais jovens, com expressivo número de solteiros e sem filhos e maior equilíbrio na porcentagem de homens e mulheres. Do outro lado os enfermeiros, com maior tempo de graduação, maior titulação, maior tempo de atuação na UBS e de exclusividade na ESF.

Ao analisar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais sobre o controle do câncer de mama em relação às recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, identificam-se pontos positivos, outros que precisam ser revistos e algumas lacunas na implementação destas ações nas UBS. Procurou-se ressaltar estas lacunas, com a finalidade de fornecer subsídios para ações de educação permanente que contribuam para o aprimoramento deste controle.

A partir dos resultados levantados, verifica-se positivamente que 75,6% dos profissionais têm conhecimento adequado sobre o controle do câncer de mama, indicam e orientam corretamente a faixa etária e a periodicidade indicada para o rastreamento mamográfico, além disto, têm conhecimento que a mamografia reduz a mortalidade, melhorando o prognóstico para o câncer de mama.

Setenta e oito por cento dos participantes asseguraram ter prática adequada, ao investigar os fatores de risco para o câncer de mama e adotar atitudes singulares em função destes fatores, contudo observou-se ser preciso melhorar o desempenho em relação a identificação dos fatores de risco.

Outros achados positivos foram que, a maioria dos pesquisados solicita mamografia de rastreamento e encaminha as mulheres com suspeita de câncer de mama. Eles também orientam as mulheres em relação a importância do auto exame das mamas e realizam o exame clínico em caso de queixas e/ou por solicitação da mulher. Relataram ainda fornecer sempre informações sobre o câncer de mama à usuária. Todas estas condutas foram relatadas por mais de 90% dos profissionais.

Apesar do bom desempenho geral entre os profissionais em relação a estas práticas observa-se ressalvas em alguns pontos específicos. O estudo mostra que

apenas 62% dos pesquisados têm atitude adequada em relação ao controle do câncer de mama, que contempla, orientar as pacientes sobre os fatores de risco e manifestações clínicas do câncer de mama, bem como fazer busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia. Observa-se que cerca de 30% dos profissionais não fazem esta busca ativa. Os motivos apontados evidenciam o fato de não terem controle de quem está sendo encaminhado, característica do rastreamento oportunístico. Ressalta-se que os participantes consideram a falta de um programa de rastreamento organizado como uma barreira ao rastreamento do câncer de mama.

Um dos pontos a serem revistos pelos participantes para melhorar seu desempenho, no intuito de ampliar a adesão às ações preventivas e de diagnóstico precoce, se refere às práticas coletivas de orientação às usuárias. Percebe-se que somente um terço dos profissionais realiza tais atividades, com maior participação significativa dos enfermeiros, das mulheres e daqueles que têm mais tempo de graduados e mais tempo de atuação naquela UBS. Estes dados sugerem que o fato de se propiciar aos profissionais maior vínculo nas UBS nas quais eles trabalham, através principalmente da não rotatividade de profissionais e a possibilidade de ter horários reservados destinados a ações de práticas coletivas, melhorariam o desempenho dos profissionais neste sentido.

Outro ponto a ser revisto é o desconhecimento de que a mamografia pode trazer risco para a usuária, o que ensejaria sua indicação precisa para evitar possíveis danos às mulheres. Também a correta indicação do ultrassom, observando-se que o mesmo não é orientado para rastreamento, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, tendo sido, entretanto, indicado para tal finalidade por 58% dos participantes, com ônus desnecessário ao sistema de saúde.

Em função dos resultados obtidos pode-se orientar esforços para a capacitação dos profissionais segundo suas necessidades. Assim, os conhecimentos relativos ao desfecho conhecimento adequado sobre o controle do câncer de mama deveriam ser mais bem trabalhados entre os profissionais com faixa etária superior a 50 anos, tempo de trabalho naquela UBS menor que 1 ano e maior que 10 anos, grupos estes em que menos de 70% dos profissionais alcançaram resultados adequados. As práticas relativas ao desfecho prática adequada do CM deveriam ser reforçadas entre os mais jovens, que possuem graduação há menos de 10 anos e que atuam naquela UBS há menos de 1 ano,

pois menos de 70% destes profissionais alcançaram resultados adequados, com diferença significativa para os demais grupos profissionais. As atitudes relativas ao desfecho atitude adequada para o CM poderiam ser reforçadas entre os profissionais que não receberam capacitação nos últimos três anos.

Em relação ao controle do câncer do colo do útero, a partir dos resultados obtidos, verifica-se que somente 39,4% dos profissionais alcançaram conhecimento adequado. Os profissionais indicam em sua maioria, recomendações desatualizadas, relacionadas à indicação da faixa etária e da periodicidade recomendada para o exame citopatológico. Observe-se que as atuais recomendações de rastreio do câncer do colo do útero, em relação a faixa etária e periodicidade, vigoram desde o ano de 2011, data da diretriz que fixou estas recomendações. Os profissionais com mais idade, do sexo masculino, com maior tempo de graduação e tempo de UBS estão com um desempenho pior em relação a este quesito, com diferença significativa entre os grupos, evidenciando a falta de atividades de capacitação profissional relatada por 70% destes profissionais.

Em relação à atitude adequada, assim considerada quando o participante realiza a busca ativa das mulheres que faltaram à consulta e coleta, observa-se que somente 68% realizam esta busca, o que pode ser um reflexo do rastreamento oportunístico em vigor no país. Os resultados relacionados à prática adequada mostram valores superiores a 77%. Observa-se que a maioria dos profissionais investiga os fatores de risco para o câncer do colo do útero, faz busca ativa das mulheres com suspeita de malignidade bem como o seguimento das usuárias com diagnóstico para o câncer do colo do útero.

Outros achados positivos são: a ampla maioria dos profissionais reconhece o exame citopatológico, a vacina tetravalente e o uso de preservativos nas relações sexuais como fatores protetores contra o câncer do colo do útero.

Os achados também mostram que mais de 90% dos profissionais reconhecem a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais e a infecção persistente pelo vírus HPV como fatores de risco para o câncer do colo do útero. Contudo, uma lacuna importante observada é o desconhecimento por mais de 40% dos profissionais, do uso de contraceptivos orais por mais de cinco anos como fator de risco para o câncer do colo do útero.

Observa-se, em relação ao CCU, que todos os grupos necessitam de capacitação, destacando que os conhecimentos referentes ao desfecho

conhecimento adequado deve ser reforçado especialmente entre os profissionais médicos, com mais idade, do sexo masculino, com tempo de UBS maior que 10 anos. Para os mais jovens constata-se a necessidade de incentivar as atitudes e práticas adequadas referentes ao controle do câncer do colo do útero.

Analisando comparativamente o desempenho de médicos e enfermeiros, constatou-se neste estudo que em relação ao desfecho conhecimento relativo aos cânceres de mama e do colo do útero não houve diferença significativa entre os profissionais. Já em relação ao desfecho prática e atitude para os dois tipos de cânceres houve diferença significativa com melhor desempenho dos profissionais enfermeiros. Os fatores envolvidos ao melhor desempenho dos profissionais enfermeiros estão, provavelmente, relacionados ao maior tempo de graduados destes profissionais, e ao maior tempo de atuação na mesma UBS, em relação aos profissionais médicos, possibilitando maior vínculo junto às usuárias e maior adesão às práticas de controle. Possivelmente está vinculado também à responsabilidade da saúde da mulher, delegada principalmente às mulheres, às enfermeiras.

A principal barreira identificada por 70% dos profissionais ao rastreamento do câncer de mama foi o desconhecimento por parte da população acerca desta informação o que possibilita a não valorização adequada da importância da detecção precoce e do exame preventivo para o controle destes cânceres com consequente procura do serviço pelas mulheres quando já apresentam sintomas da doença. A dificuldade de acesso da população, o número de equipamentos e de cotas de mamografia insuficientes, a falta de comprometimento da gestão e de um programa de rastreamento organizado e resistência das mulheres em realizar a mamografia foram considerados de grau médio de dificuldade pelos profissionais, sem destaque para nenhum desses especificamente, com equilíbrio entre estas respostas.

Em relação ao câncer do colo do útero a principal dificuldade observada foi a falta das mulheres à coleta do exame, apontada por quase 70% dos profissionais, seguida da falta de material e resistência da mulher em realizar o exame com profissional de outro sexo (23% dos profissionais). A dificuldade de agendar o exame foi apontada por 7% dos profissionais. 8% relataram não haver dificuldades. Uma possível barreira, relacionadas as faltas às coletas do exame citopatológico relatadas pelos profissionais poderia estar relacionada ao período de atendimento nas UBS, fator dificultador para aquelas mulheres que trabalham em tempo integral

já que os horários seriam concomitantes. Os profissionais identificaram as barreiras ao rastreamento, atitude reflexivas e capacitações possivelmente os ajudarão a resolver estes impasses.

Este estudo destaca que a maioria dos profissionais participantes desta pesquisa valoriza a educação permanente e tem investido em sua formação, com cursos de pós-graduação, especialização, participação em cursos e em menor grau custeia cursos e frequenta também congressos, mostrando interesse no aperfeiçoamento de seus conhecimentos, atitudes e práticas. Todavia, observa-se que 70% dos pesquisados não receberam capacitação profissional nos últimos três anos sobre o controle dos cânceres de mama e do colo do útero. Evidencia-se a necessidade de uma atenção maior, seja da Secretaria de Atenção Primária de Saúde seja dos próprios profissionais, no sentido de rever condutas e atentar para as lacunas observadas, para o melhor cuidado da saúde da mulher, evitando inclusive ônus desnecessários, com condutas não atualizadas.

Os resultados aqui encontrados fortalecem a percepção de que o controle do câncer de mama e do câncer do colo do útero ainda representam um desafio importante para a Saúde Pública, evidenciando que a oferta oportunística dos exames, onde há perda de oportunidades de captação das mulheres e a capacitação não frequente dos profissionais pode não ser suficiente para reduzir as altas taxas da doença, o que foi possível em países ditos desenvolvidos mediante rastreamento organizado.

Esta pesquisa verifica a existência de lacunas no conhecimento e prática dos profissionais no cenário estudado, visto que muitos profissionais não estão sendo capazes de: recomendar o rastreamento às mulheres na faixa etária e periodicidade indicada, evidentes em relação ao câncer do colo do útero, de reconhecer fatores de risco, acarretando em prejuízo às mulheres e maior ônus ao sistema, em alcançar as mulheres que faltam às consultas, através da busca ativa, bem como em promover ações educativas para sensibilizá-las da importância das ações preventivas e do diagnóstico precoce.

É importante salientar que na avaliação conjunta do conhecimento adequado sobre os dois tipos de cânceres estudados somente 37% dos profissionais alcançam adequação no conhecimento. Em relação às práticas adequadas analisadas para os cânceres de mama e do colo do útero, verifica-se que 60,6% dos profissionais têm prática adequada para os dois tipos de câncer. Já em relação às atitudes adequadas

para os dois tipos de câncer são 47,87% dos profissionais que têm bom desempenho. Estes dados justificam a necessidade de capacitação destes profissionais

A partir da leitura destes resultados observa-se também atitudes e práticas muito positivas desenvolvidas pelos profissionais, o que demonstra a possibilidade de alcançar melhores resultados a partir de um esforço conjunto dos gestores, profissionais e academia, com papel principal de propiciar aos profissionais educação permanente de qualidade.

Os pontos que se destacam nesse estudo são:

O estudo foi representativo da população de profissionais médicos e enfermeiros da atenção básica do município.

É papel da Atenção Primária à Saúde fazer o controle destes cânceres por meio da promoção da saúde e da prevenção com orientação dos fatores de risco e da detecção precoce, pelo diagnóstico precoce e pelo rastreamento. O controle dos cânceres de mama e do colo do útero é de relevância e constitui-se em prioridade na agenda do Ministério da Saúde, neste sentido estudos que promovam e auxiliem neste controle são fundamentais.

Evidenciou-se neste estudo a escassa capacitação oferecida à rede de atenção básica sobre o controle dos cânceres da mama e do colo do útero, evidenciada nos conhecimentos desatualizados dos profissionais, acarretando em prejuízo à assistência das mulheres atendidas.

Observou-se, na pesquisa, que profissionais recém-formados tiveram conhecimentos desatualizados, provavelmente em função de estágios com profissionais não atualizados nos últimos períodos do curso e fixação destas condutas. O papel da Universidade deve ser pensado tanto no sentido de se preocupar com a formação dos futuros profissionais como na possibilidade de oferecer capacitação aos profissionais da rede de assistência do município.

O desenvolvimento do estudo contribuiu para a sensibilização e difusão de conhecimento sobre o tema entre os profissionais da atenção básica do município, que poderão ser maximizados a partir do desenvolvimento das ações educativas identificadas.

A incorporação do diagnóstico de conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais pelo município pode contribuir para o diagnóstico das necessidades de educação permanente e o direcionamento de ações educativas.

O enfrentamento das doenças crônicas deveria ser pensado também como uma estratégia a ser buscada pelo município com políticas específicas para a busca das melhorias de atendimento à população.

REFERÊNCIAS

- AKHIGBE, Adenike O.; OMUEMU, Vivian O. Knowledge, attitudes and practice of breast cancer screening among female health workers in a Nigerian urban city. **BMC Cancer** v. 9, p. 203 , 2009.
- ADAMI, H.; HUNTER, D.; TRICHOPOULOS, D. (Ed.). **Textbook of Cancer Epidemiology**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- AGÊNCIA INTERNACIONAL DE PESQUISA SOBRE O CÂNCER. Rastreamento do câncer da mama. **Manuais do IARC para prevenção do câncer**. v. 7. Lyon: IARC Press; 2002. Links *et al.*
- ALLEMANI, Claudia *et al.* Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. **Lancet (London, England)** v. 391, n. 10125, p. 1023–1075 , 17 2018.
- AMARAL, M. S. *et al.* Prevenção do Câncer do colo do útero: a atuação do profissional enfermeiro nas unidades básicas de saúde. **Revista Científica FacMais** v. VIII, n. 1, p. 27 , 2017.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016. Atlanta: American Cancer Society, Inc; 2015.
- ANAND, Srivastasa. Triagem do câncer do colo do útero na Índia rural: status e conceitos atuais. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6396551>. Acesso em: 18 jan. 2020.
- AYALA, Arlene Laurenti Monterrosa *et al.* Sobrevida em 10 anos em mulheres com câncer de mama: coorte história de 2000-2014. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 24, n. 4, p. 1537–1550, abr. 2019.
- AZEVEDO E SILVA, G, *et al.* Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cad Saúde Pública** 2014; 30:1537-50.
- BATISTON, A.P. *et al.* Conhecimento e Prática de médicos e enfermeiros sobre detecção precoce do câncer de mama. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 29(2): 153-162, abr./jun., 2016.
- BATISTON, A.P. **Detecção precoce do câncer de mama: conhecimento e prática de mulheres e profissionais da Estratégia Saúde da Família em Dourados, MS**. Orientador: Edson Mamoru Tamaki. 2009. 128 p. Tese (Doutorado- Programa Multi-Institucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde). Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2009.
- BENEVIDES, J. P. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros no controle do câncer de mama na estratégia saúde da família**. Orientador: Míria Conceição

Lavinas Santos. 2016. 81 f. Dissertação (Mestrado Programa Pós-Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

BERG, Wendie A. *et al.* Ultrasound as the Primary Screening Test for Breast Cancer: Analysis From ACRIN 6666. **JNCI: Journal of the National Cancer Institute** v. 108, n. 4, 1 abr. 2016. Disponível em: <https://academic.oup.com/jnci/article/108/4/djv367/2412530>. Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Artigo 200 inciso III**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofeder al.pdf. Acesso em: 07 de julho de 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – 2. ed. **rev. atual.** – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, RJ. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: Inca, 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007**. Brasília: DF, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 198/GM** Em 13 de fevereiro de 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Ação Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. 2. ed. Brasília, 2013. (Caderno de Atenção Básica, 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária nº29). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde**: diretrizes

para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, DF: Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009, 64p. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 29 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Núcleo de Coordenação Nacional. Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino. **Relatório Final**. Brasília, 01/99.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 160 p. Disponível em:

Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
Links.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datapus). Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. <http://www2.datapus.gov.br/DATAPUS/index.php?area=0205>.

CABRAL, Ana Lúcia L.V. *et al.* Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. Universidade Federal de Minas Gerais, Pós-graduação em Saúde Pública - **Revista ABRASCO**, 2017.

CAMPOS, G.W. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2006.

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; SENA, Roseni Rosângela De; SILVA, Kênia Lara. Permanent professional education in healthcare services. **Escola Anna Nery** v. 21, n. 4 , 7 ago. 2017. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400801&lng=en&tlng=en. Acesso em: 30 ago. 2019.

CANUTO, A.L. **A importância da atenção básica em saúde na detecção precoce do câncer de mama no município de Barbacena, MG**. Orientador: Maria Teresa Bustamante Teixeira. 2019.87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2019.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Comunic, Saúde, Educ.** v. 9, n. 16, p. 161-77, set 2004/fev 2005.

CONDE, Délio Marques *et al.* Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** v. 28, n. 3, p. 195–204 , mar. 2006.

CORRÊA, Camila Soares Lima *et al.* Rastreamento do câncer de mama em Minas Gerais: avaliação a partir de dados dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** v. 26, n. 3, p. 481–492 , jul. 2017.

CORRÊA, Camila Soares Lima *et al.* Rastreamento do câncer do colo do útero em Minas Gerais: avaliação a partir de dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). **Cadernos Saúde Coletiva** v. 25, n. 3, p. 315–323 , jul. 2017.

DIAS, MBK, Tomazelli JG, Assis M. Rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil: análise de dados do Siscolo no período de 2002 a 2006. **Epidemiol Serv Saúde**. 2010 jul-set;19(3):293-306. [Links]

DOS-SANTOS-SILVA, Isabel *et al.* Ethnoracial and social trends in breast cancer staging at diagnosis in Brazil, 2001–14: a case only analysis. **The Lancet Global Health** v. 7, n. 6, p. e784–e797 , 1 jun. 2019.

DUAVY, Lucélia Maria *et al.* 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 , jun. 2007.

ERDEM, Özgür; TOKTAŞ, İzzettin. Knowledge, Attitudes, and Behaviors about Breast Self-Examination and Mammography among Female Primary Healthcare Workers in Diyarbakır, Turkey. **BioMed Research International** v. 2016, p. 6490156 , 2016.

FAC. EDUCAÇÃO, UFJF. Portal da Avaliação – **CAEd/UFJF » Avaliação Formativa**. Disponível em: <http://www.portalavaliacao.caedufjf.net/pagina-exemplo/tipos-de-avaliacao/avaliacao-formativa>. Acesso em: 3 jan. 2020.

FAYER, V. A.; GUERRA, M. R.; CINTRA, J. R. D.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Sobrevida de dez anos e fatores prognósticos para o câncer de mama na região Sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol** [online], v. 19, n. 4, pp.766-778, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400766&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 4 fev. 2018.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery** v. 13, n. 2, p. 378–384 , jun. 2009.

FONSECA, Dayane de Oliveira *et al.* Ações na prevenção do exame de câncer de mama na consulta do enfermeiro. **Rev. de Enfermagem** v.10, n. 12, p. 4563-71, dez. 2016.

GAJALAKSHMI, C. K. *et al.* Cervical cancer screening in Tamilnadu, India: a feasibility study of training the village health nurse. **Cancer causes & control: CCC** v. 7, n. 5, p. 520–524, set. 1996.

GHANEM, Samia *et al.* Knowledge of risk factors, beliefs and practices of female healthcare professionals towards breast cancer, Morocco. **Pan African Medical Journal** v. 10, 13 2011. Disponível em: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/10/21/full>. Acesso em: 13 ago. 2019.

GIRIANELLI VR, Gamarra CJ, Azevedo e Silva G. Disparities in cervical and breast cancer mortality in Brazil. **Rev Saúde Pública**. 2014 Jun;48(3):459-67. [Links]

GOULART, T. P. **Dimensões influenciadoras da não realização do exame preventivo do câncer do colo útero**, Juiz de Fora, 2014, 143 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – UFJF

GUERRA, Maximiliano Ribeiro *et al.* Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia** v. 20, p. 102–115, maio 2017.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro *et al.* Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cadernos de Saúde Pública** v. 31, n. 8, p. 1673–1684, ago. 2015.

HADDAD, Cássio Furtini. Rastreamento mamográfico do câncer de mama. **Revista Femina**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, jan.-fev. 2015. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/femina/item/65-revista-femina-2015-vol-43-n-1>. Acesso em: 4 fev. 2018.

HÖFFELMANN D. A, Anjos JC, Ayala AL. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.10, jun. 2014.

HORTA, T.A.(org.) Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde- **Projeto de Implantação**. Juiz de Fora, 2014.

IACR - GLOBOCAN. Disponível em: http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=101&Itemid=578. Acesso em: 25 ago. 2019.

IARC. **Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cancer**: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *BMJ* 1986, 293:659-64

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Atlas da Mortalidade**. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. ADAMI H., HUNTER, D. e TRICHOPOULOS, D. (editores) *Testbook of Cancer Epidemiology*. 2nd ed.: Oxford University Press, 2008b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Controle do câncer de mama**: documento do consenso. Rio de Janeiro, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Controle do Câncer de mama**, dez. 2017

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015a. Disponível em:
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
Disponível em:
<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/informativo-deteccao-precoce-1-2015.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama** – Resumo das Apresentações. Rio de Janeiro, 2008^a. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/encontrorastreamentomama/site/home>.
Acesso em 26/01/2016

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2016. **Incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Resumo. **Alimentos, Nutrição, Atividade Física e Prevenção do Câncer**. Uma perspectiva global. Tradução de Athayde Handson Tradutores. Rio de Janeiro, 2007, 12 p.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Sumário Executivo. **Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil**. Alimentos, Nutrição e Atividade Física. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 16p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA).2019
<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>.
Acesso em 31/05/2019

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA).2018a
<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA).2018c
<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude>.
Acesso em 10/07/2018

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA).2018b
<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero/profissional-de-saude>

INTERNACIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **IARC Monographs of Carcinogenic Risks to Humans and Handbooks of Cancer Prevention** (updated 13 June 2018). [Geneva]: WHO, 2018. Disponível em: <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/OrganSitePoster.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER. **Working Group on the Evaluation of Carcinogenesis Risks to Humans. Human Papillomaviruses**. Lyon: WHO; IARC, 2007. 636p. (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, v.90)

INTERNATIONAL COLLABORATION OF EPIDEMIOLOGICAL STUDIES OF CERVICAL CANCER. Cervical carcinoma and sexual behavior: collaborative reanalysis of individual data on 15,461 women with cervical carcinoma and 29,164 women without cervical carcinoma from 21 epidemiological studies. **Cancer epidemiology, biomarkers & prevention**, Philadelphia, v. 18, n. 4, p. 1060-1069, abr. 2009.

JÁCOME, E.M. **Detecção do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da família de Mossoró (RN)**. Orientadora: Raimunda Magalhães da Silva. 2009. 99 p. Dissertação (Mestrado) Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2009.

JÁCOME, E. M.et al. Detecção do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática dos médicos enfermeiros da estratégia saúde da família de Mossoró, RN, Brasil. **Revista Brasileira de cancerologia**, v.57, n.2, p.189-198, 2011.

KALIYAPERUMAL, K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice(KAP) study. **AECS Illumination**, v.4, n.1p. 7-9,2004.

KEMP, C.; et al. Estimativa de custo do rastreamento mamográfico em mulheres no climatério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2005; 27(7): 415-20.

KHANNA, Divya; KHARGEKAR, Naveen; BUDUKH, Atul. Knowledge, attitude, and practice about cervical cancer and its screening among community healthcare workers of Varanasi district, Uttar Pradesh, India. **Journal of Family Medicine and Primary Care** v. 8, n. 5, p. 1715–1719 , maio 2019.

KIELSTRA, P.; et al. **Controle do câncer, acesso, e desigualdade social: uma história de luz e sombra**. The Economist Intelligence Unit Limited, 2017, 76 p.

LAGANÁ, Maria Teresa Cícero. Cytological Abnormalities, Sexually Transmitted Diseases and Periodicity of Cervical Cancer Screening in a Basic Health Unit. v. 59, n. 4, p. 8 , 2013.

LOPES, V.de F. **Percepção e prática dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre Educação Permanente: um estudo na ótica da pesquisa ação**. Mestrado em Educação Permanente em Saúde. Niterói: escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade federal Fluminense, 2014.

LORENZATO, F. R. B. Organização do rastreamento do câncer do colo do útero em

países desenvolvidos. In: COELHO, F. (Org.). et al. Câncer do colo do útero. São Paulo: **Tecmedd**, 2008. p. 114-12

LOURENÇO, T.S. *et al.* Barreiras relacionadas à adesão ao exame de mamografia em rastreamento mamográfico na DRS-5 do estado de São Paulo. **Rev. Bras. Mastologia**; 19 (1): 2-9, jan-mar. 2009.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 21, n. 2, p. 327–338 , fev. 2016.

MARINHO, L.; *et al.* O papel do autoexame mamário e da mamografia no diagnóstico precoce do câncer de mama. **Ver. Ciênc. Med.** 2002; 11(3):233-42.

MARINHO, LAB, Cecatti JG, Osis MJ, Gurgel MS. Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. **Rev Saúde Pública** 2008; 42:200-7.

MARSICANO, T.G, *et al.* Conhecimento, atitudes e práticas do enfermeiro acerca do exame preventivo de câncer cervical. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v.16, n.2, 2016.

MEISTER, K. & MORGAN, J. 2000. Risk Factors for Breast Cancer. New York: American Council on Science and Health. Disponível em <http://www.acsh.org>.

MELO, F. B. B.; MARQUES, C. A. V.; ROSA, A. S.; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama. **Rev. Bras. Enferm.** [online], v. 70, n. 6, p. 183-93 2017, nov-dez, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1119.pdf. Acesso em: 12 jan. 2018

MENDES, Cássia Regina Alves. Atenção à Saúde da Mulher na Atenção Básica: Potencialidades e Limites. **Ensaios e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde** v. 20, n. 2, p. 65 , 5 ago. 2016.

MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza; NÓBREGA, Terezinha Petrucia Da. Corpo, natureza e cultura: contribuições para a educação. **Revista Brasileira de Educação** n. 27, p. 125–137 , dez. 2004.

MIGOWSKI, Arn *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cadernos de Saúde Pública** v. 34, n. 6 , 21 jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000600502&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 23 ago. 2018.

MIGOWSKY, A, Dias MBK, organizadores. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2015.

MIGOWSKY, A, Stein AT, Ferreira CBT, Ferreira DMTP, Nadanovsky P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. I – Métodos de elaboração. **Cad Saúde Pública** 2018; 34:e00116317.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco – PAV/MG. **Situação do câncer em Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde**: estimativas de incidência e mortalidade para o ano 2013, válidas para 2014: perfil da mortalidade: perfil da assistência na alta complexidade / Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais-Belo Horizonte: SES-MG, 2013, v.1, 360 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Educação permanente em saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: agenda 2014**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 120 p. .978-85-334-2134-9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *e-Gestor AB*. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>. Acesso em: 16 jan. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004** / Secretaria de Vigilância Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MORAES, Débora C. **Ações de rastreamento oportunístico implementadas por enfermeiros em Ribeirão Preto - SP**. Orientador: Marislei Sanches Panobianco. 2014, 106 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

MORAES, D. C.; ALMEIDA, A. M.; FIGUEIREDO, E. N.; LOYOLA, E. A. C.; PANOBIANCO, M. S. Rastreamento oportunístico do câncer de mama desenvolvido por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 14-21, 2016

MOURA, Ana Débora Assis *et al.* Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. **Rev Rene** v. 11, n. 1, 13 fev. 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4482>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

NAIR, Navya *et al.* Georgia Primary Care Providers' Knowledge of Hereditary Breast and Ovarian Cancer Syndrome. **Journal of Cancer Education** v. 32, n. 1, p. 119–124, 1 mar. 2017.

NASCIMENTO, G. W. C. *et al.* Cobertura do exame citopatológico do colo do útero no Estado de Minas Gerais, Brasil, no período entre 2000-2010: um estudo a partir dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) **Cad. saúde colet.** vol.23 no.3 Rio de Janeiro jul./set. 2015.

NAZZAL, Zaher *et al.* Mammography Screening Uptake among Female Health Care Workers in Primary Health Care Centers in Palestine - Motivators and Barriers.

Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP v. 17, n. 5, p. 2549–2554 , 2016.

NEVES, Liane. **A Porto Alegre de Mario Quintana**. Porto Alegre: Leonid Streliev Editor, 2004.

NEVES, Rosália Garcia *et al.* Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2018, vol.27, n.3.

NICOLETTI, Stefano; CRISTINA, Sonia; MENDONÇA, De Freitas. Polos de Educação Permanente em Saúde **Interface comunicação**. Interface comunicação, saúde educação. S.L,v.13, n30, 30./nov.2017.

NOGUEIRA, Mário Círio *et al.* Inequities in access to mammographic screening in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública** v. 35, n. 6 , 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2019000705015&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 20 ago. 2018.

OLIVEIRA, F.M.C.S.N. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Rede de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, Espanha e Portugal**, 2011.

OLIVEIRA, Michele Mandagará De; PINTO, Ione Carvalho; COIMBRA, Valéria Cristina Christello. Potencialidades no atendimento integral: a prevenção do câncer do colo do útero na concepção de usuárias da estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** v. 15, n. 3, p. 426–430, jun. 2007.

ORTEGA–OLVERA, C. *et al.* Knowledge and recommendations regarding breast cancer early screening in an upper middle income country: Primary and secondary health care professionals. **Preventive Medicine** v. 86, p. 147–152, 1 maio 2016.

PAVONI, Daniela Soccoloski; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem** v. 62, n. 2, p. 265–271 , abr. 2009.

PEIXOTO, Sardinha *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global** p. 17, 2013.

RIBEIRO, Caroline Madalena; SILVA, Gulnar Azevedo e. Avaliação da produção de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde do Brasil em 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 27, n. 1, e20172124, 2018 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100304&lng=pt&nrm=iso. acessos em 02 ago. 2018. Epub 01-Fev-2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100004>.

RIBEIRO, K. C. B. **Epidemiologia do câncer de colo do útero**: fatores demográficos e fatores de risco. IN: COELHO, F. R. G. (Org.). Câncer do colo do útero. São Paulo: Tecmedd, 2008. p. 18-23

RIBEIRO, Luciane; BASTOS, Ronaldo Rocha; VIEIRA, Marcel de Toledo; RIBEIRO, Luiz Cláudio; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves; *et al.* Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal. **Cadernos de Saúde Pública** v. 32, n. 6, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2016000605003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 ago. 2018.

RIBEIRO, Luciane *et al* **Prevalência e fatores associados a não realização do exame citopatológico do colo do útero na Zona Norte do Município de Juiz de Fora**. Orientador: Ronaldo Rocha Bastos. 2012, 125 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

RICALDONI, Carlos Alberto Caciquinho; SENA, Roseni Rosângela De. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** v. 14, n. 6, p. 837–842, dez. 2006.

RODRIGUES, A. D. Bustamante-Teixeira, Maria Teresa 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**, Fev 2011, vol.27, no.2, p.241-248.

RODRIGUES, Thaís Barbosa *et al.* Sobrerrastreio mamográfico: avaliação a partir de bases identificadas do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). **Cad. Saúde Pública**, vol.35, no.1, 2019.

ROSA, V. B. A. **Afinal, o que é conhecimento?** Disponível em <http://www.mundodosfilosofos.com.br/vanderlei22.htm>.

SÁNCHEZ PÉREZ, M. R. *et al.* Conocimientos y actitudes de los médicos de Atención Primaria de Andalucía (España) sobre la detección de personas con riesgo elevado de cáncer de mama y colorrectal. **Medicina de Familia-SEMERGEN** v. 45, n. 1, p. 6–14, 2019.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LAVRAS – MINAS GERAIS; HADDAD, Cássio Furtini. Análise dos resultados de mamografias de rastreamento realizadas em um serviço público do interior de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Mastologia** v. 26, n. 4, p. 175–180, dez. 2016.

SANTOS, Marcilio Sampaio; MACÊDO, Ana Paula Nascimento; LEITE, Mércia Aurélio Gonçalves. Percepção de usuárias de uma unidade de saúde da família acerca da prevenção do câncer do colo do útero. *Revista APS*, v. 13, n. 3, p. 310319, 2010.

SANTOS, Patrícia Feitoza; PEDROSA, Kamyla de Arruda; PINTO, José Reginaldo. A Educação Permanente como ferramenta no trabalho interprofissional na Atenção Primária à Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva** v. 10, n. 3, p. 177–189, 21 nov. 2016.

SERRAL, G. *et al.* Percepción de los profesionales de salud sobre el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en Barcelona. **Revista de Calidad Asistencial** v. 28, n. 4, p. 244–253 , 1 jul. 2013.

SCHNEIDER, I.J. *et al.* Rastreamento mamográfico do câncer de mama no Sul do Brasil e fatores associados: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública** vol.30 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2014.

SIGNOR, Eduarda *et al.* Educação Permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Revista de Enfermagem da UFSM** v. 5, n. 1, p. 01–11 , 2 abr. 2015.

SILVA, D. W. *et al.* Cobertura e fatores associados com a realização do exame citopatológico em município do Sul do Brasil. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 24-31, 2006.

SILVA FX, Katz L, Souza ASR, Amorim MMR. Mamografia em mulheres assintomática na faixa etária de 40 a 49 anos. **Rev Saude Pública**. 2014 dez;48(6):931-9.

SILVA, G. A, Gamarra CJ, Girianelli VR, Valente JG. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. **Rev Saúde Pública**. 2011 Dez; 45(6):1009-18.

SILVA, I. S. Políticas de controle do câncer de mama no Brasil: quais são os próximos passos? **Cad Saúde Pública**. 2018; 34:e00116317.

SILVA, M. M.; SILVA, V. H. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. **Arquivos médicos do ABC**, Santo André, v. 30, n. 1, p. 11-18, 2005.

SOUZA, Andrea Cardoso *et al.* *Formação e Educação Permanente em Saúde: processos e produtos no âmbito do mestrado-* 1.ed.-São Paulo: Hucitec, 2016.

TEIXEIRA C.F; Planejamento Municipal em Saúde; Instituto de Saúde Coletiva. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2001. - Universidadebrasil.edu.br. A formação do Professor, a prática reflexiva e o desenvolvimento de competência para ensinar.

THOMAS, D B. *Estudo randomizado de auto-exame de mama em Xangai: resultados finais.* - *PubMed - NCBI*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12359854>. Acesso em: 14 jan. 2020.

THULER, L.C. Editorial. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2012; 58(3): 321-337

TOMAZELLI, Jeane Glaucia; SILVA, Gulnar Azevedo e. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 26, n. 4, p. 713-724, dez. 2017 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-

96222017000400713&lng=pt&nrm=iso. acessos
em 02 ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400004>

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública** v. 20, p. S190–S198, 2004.

VILLAR, Raquel Rey *et al.* Qualidade de vida e ansiedade em mulheres com câncer de mama antes e depois do tratamento **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.25 Ribeirão Preto 2017 Epub 21-Dez-2017

YOUSUF, Shadia Abdullah *et al.* Do Saudi nurses in primary health care centres have breast cancer knowledge to promote breast cancer awareness? **Asian Pac J Cancer Prev** p. 4459–64 , 2012

ZINE, Karima *et al.* Conhecimento de clínicos gerais em Mohammedia (Marrocos) sobre o rastreio do cancro da mama. **Pan Afr Med J** . 24: 243, 2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Prevention. Geneva, 2007. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes). Disponível em: <http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008. Lyon, 2008. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>. Acesso em: 10 set. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Breast cancer: prevention and control.** Disponível em: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en>. Acesso em: 12 nov. 2018.

APÊNDICE A _ Instrumento da Pesquisa

Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Faculdade de Medicina Departamento de Saúde Coletiva



Fonte: <https://br.depositphotos.com>

**FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS
DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE JUIZ DE FORA SOBRE
O CONTROLE DOS CÂNCERES DE MAMA E DE COLO DE ÚTERO**

Prezado(a) colega,

Este questionário faz parte de uma pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Juiz de Fora e busca conhecer os profissionais da atenção básica e seus conhecimentos e práticas sobre o controle dos cânceres de mama e de colo de útero. A pesquisa tem o intuito de subsidiar dados para políticas de educação permanente que visem o aperfeiçoamento profissional e melhoria das práticas para redução e controle da mortalidade por estes cânceres.

Os dados são sigilosos e você não será identificado. O questionário dura em torno de 20 minutos.

Sua participação é muito importante.

Muito Obrigada!

INSTRUÇÕES: Assinale sempre a alternativa que mais condiz com a realidade vivenciada no seu ambiente de trabalho.

INFORMAÇÕES GERAIS:

Data da coleta: ___ / ___ / ___

Nome da UBS (opcional) _____

Tipo de UBS: (1) Mista (2) PSF (3) Tradicional

CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA**1- Qual é o seu sexo?**

- (1) Feminino
- (2) Masculino

2- Qual a sua faixa etária?

- (1) Até 24 anos.
- (2) 25 a 29 anos.
- (3) 30 a 39 anos.
- (4) 40 a 49 anos.
- (5) 50 a 54 anos.
- (6) 55 anos ou mais.

3- Qual é o seu estado civil?

- (1) Solteiro.
- (2) Casado.
- (3) União estável.
- (4) Desquitado/divorciado/separado.
- (5) Viúvo.

4- Quanto filhos você tem?

- (1) Não tenho filhos.
- (2) Um.
- (3) Dois.
- (4) Três.
- (5) Quatro ou mais.

FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL**5- Qual a sua formação?**

- (1) Médico
- (2) Enfermeiro

6- Qual é o ano da sua graduação? _____

7- Qual é a sua titulação? Marque todas as que você possui:

- (1) Graduação.
- (2) Especialização Qual área? _____
- (3) Residência. Qual área? _____
- (4) Mestrado. Qual área ? _____
- (5) Doutorado. Qual área ? _____

8- Há quanto tempo você trabalha nesta Unidade Básica de Saúde(UBS)?

- (1) Há menos de 1 ano
- (2) Entre 01 e 05 anos
- (3) Entre 06 e 10 anos
- (4) Entre 11 e 15 anos
- (5) Entre 16 e 20 anos
- (6) Há mais de 21 anos

9- Em outras UBS?

- (1) Menos de 01 ano
- (2) Entre 01 e 05 anos
- (3) Entre 06 e 10 anos
- (4) Entre 11 e 15 anos
- (5) Entre 16 e 20 anos
- (6) Há mais de 21 anos
- (7) Não trabalhei em outras.

10- Você exerce alguma outra atividade remunerada?

- (1) SIM, na área de saúde.
- (2) SIM, em outra área.
- (3) NÃO

11- Marque como você se atualiza, indicando a frequência:

Atualização	Nunca	Rara-mente	Frequen-temente	Sempre
1 -Congresso/seminário/simpósio.				
2 -Cursos ou treinamentos oferecidos pelo serviço ou pelo Ministério da Saúde.				
3 - Cursos com financiamento próprio.				
4 -Troca de informações com os colegas				
5 -Informações trazidas por representantes de laboratório.				
6 -Internet (busca de artigos, diretrizes, recomendações, etc)				

12- Quanto tempo tem seu último curso ou capacitação?

- (1) Menos de 1 ano.
- (2) Entre 1 e 2 anos.
- (3) Entre 3 e 5 anos.
- (4) Mais que 5 anos.
- (5) Não fiz curso ou capacitação.**

13- Você recebeu capacitação sobre as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) para o controle do Câncer de Mama? Há quanto tempo ocorreu a última capacitação?

- (1) Não recebi.
- (2) < 1 ano.
- (3) Entre 1 e 3 anos.
- (4) Entre 3 e 5 anos.
- (5) > 5 anos.

13-1- Se sim: A capacitação possibilitou um bom conhecimento sobre o controle do câncer de mama?

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo parcialmente
- (3) Discordo
- (4) Discordo totalmente

14- Você recebeu capacitação sobre as diretrizes do MS para o controle do Câncer de Colo de Útero? Há quanto tempo ocorreu a última capacitação?

- (1) Não recebi.
- (2) < 1 ano.
- (3) Entre 1 e 3 anos.
- (4) Entre 3 e 5 anos.
- (5) > 5 anos.

14-1 Se sim: A capacitação possibilitou um bom conhecimento sobre o controle do câncer de colo de útero?

- (1) Concordo totalmente
- (2) Concordo parcialmente
- (3) Discordo
- (4) Discordo totalmente

15- Está disponível nesta unidade as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Mama de 2015?

- (1) SIM.
- (2) NÃO.
- (3) Não sabe.

16- Está disponível nesta unidade as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo de Útero de 2016?

- (1) SIM
- (2) NÃO
- (3) Não sabe

17- Segundo a Política Nacional de Educação Permanente, a educação permanente se constitui na aprendizagem significativa no trabalho com intuito de transformar as práticas profissionais com base em processos coletivos de reflexão e autoanálise. Em função deste conceito, como você considera a educação permanente?

- (1) Não importante.
- (2) Pouco importante.
- (3) Importante.
- (4) Muito importante.

AÇÕES NO CONTROLE DE CÂNCER DE MAMA-FATORES DE RISCO

18- Dentre as opções abaixo, assinale aquelas que você considera como fatores de risco para o câncer de mama?

Fatores de risco	SIM	NÃO	NÃO SEI
A- Menarca tardia			
B- Menopausa precoce.			
C- Terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos.			
D- Primeira gestação após os 30 anos			
E- Pouco tempo de aleitamento materno			

F- Uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos			
G- Excesso de peso.			
H- Sedentarismo.			
I- Etilismo.			
J- Tabagismo.			
K- Exposição à radiação.			

19- Você investiga a presença de fatores de risco para câncer de mama?

- (1) Sempre.
- (2) Com frequência.
- (3) Às vezes.
- (4) Raramente.
- (5) Nunca.**

20- Você adota atitudes singulares (diferenciadas) em função destes fatores de risco?

- (1) Sempre.
- (2) Com frequência.
- (3) Às vezes.
- (4) Raramente.
- (5) Nunca.**

21- Segundo o Ministério da Saúde existem grupos populacionais com risco muito elevado para o Câncer de Mama. Assinale estes grupos.

Fator de alto risco para câncer de mama	SIM	NÃO	NÃO SEI
A- História de CA de mama pessoal			
B- História de CA de ovário pessoal			
C- História de CA de mama em homens na família			
D- História de CA de mama em parentes de primeiro grau (mãe, irmã, filha) antes dos 50 anos			
E- História de CA de ovário em parentes de primeiro grau (mãe, irmã, filha)			

AÇÕES NO CONTROLE DE CÂNCER DE MAMA- MAMOGRAFIA

22- De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde de 2015, qual faixa etária é recomendada para se fazer mamografia de rastreamento?

- (1) Ao menstruar
- (2) Faixa etária de 40 a 69 anos
- (3) Faixa etária > 40 anos
- (4) Faixa etária 50 a 69 anos
- (5) Faixa etária > 50 anos
- (6) Faixa etária > 60 anos
- (7) Outra faixa etária
- (8) Sem restrição etária

23- De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde de 2015, com qual periodicidade é indicada a mamografia de rastreamento?

- (1) Semestral
- (2) Anual
- (3) Bienal
- (4) Não há estabelecimento de intervalo.

24- Você solicita mamografia nesta UBS para rastreamento do Câncer de Mama?

- (1) SIM
- (2) NÃO

Se SIM, especifique:

24.1- Quais os principais critérios que você usa?

- (1) Fatores de risco, idade da mulher, tempo da última mamografia.
- (2) Solicitação da mulher
- (3) Mamas densas
- (4) Idade da mulher e tempo da última mamografia
- (5) Fatores de risco.
- (6) Outro critério

Se NÃO, especifique:

24.2- Qual o motivo de não solicitar a mamografia?

- (1) Falta de tempo.
- (2) Não considera importante.

<p>(3) Não pode solicitar.</p> <p>(4) Outro motivo</p>
<p>25- A mamografia pode trazer risco para a usuária?</p> <p>(1) SIM</p> <p>(2) NÃO</p>
<p>26- Em média, quanto tempo demora entre a solicitação da mamografia e o retorno da paciente com o resultado?</p> <p>(1) < 1 mês.</p> <p>(2) Entre 1 a 3 meses.</p> <p>(3) Entre 4 a 6 meses.</p> <p>(4) > 7 meses.</p> <p>(5) Não sei.</p>
<p>27- Na sua UBS, se encaminha à unidade de referência as mulheres com resultado de Mamografia com suspeita de câncer de mama?</p> <p>(1) SIM</p> <p>(2) NÃO</p>
<p>28- Na sua UBS, se faz ou se direciona a busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia?</p> <p>(1) SIM</p> <p>(2) NÃO, porque não tenho tempo</p> <p>(3) NÃO, porque não tenho ACS</p> <p>(4) NÃO, por outro motivo. Qual? _____</p>
<p>29- Qual o principal fator que você acha que dificulta a avaliação do resultado do exame da usuária pelo médico?</p> <p>(1) Demora na entrega do resultado do exame a paciente.</p> <p>(2) Demora da paciente a agendar o retorno na unidade.</p> <p>(3) Dificuldade de agendar o retorno na unidade</p> <p>(4) Outro fator.</p>
<p>30- Você acredita que a mamografia reduz a mortalidade, melhorando o prognóstico do câncer de mama?</p> <p>(1) SIM</p> <p>(2) NÃO</p>

30- Em sua opinião, qual o grau de limitação ou dificuldade ao rastreamento do câncer de mama?

	Alto	Médio	Baixo	Muito baixo
1-Desconhecimento da população				
2-Dificuldade de acesso da população.				
3-Poucos profissionais com informações atualizadas sobre rastreamento.				
4- Número de profissionais insuficiente na Equipe da ESF				
5- Equipamentos insuficientes.				
6- Cota de mamografias insuficiente.				
7- Falta de um programa de rastreamento organizado.				
8- Falta de comprometimento da gestão.				
9- Resistência da mulher em realizar a mamografia.				

31- Você indica o Ultrassom de mama para rastreamento do câncer?

- (1) SIM
- (2) NÃO

AÇÕES NO CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA – AUTOEXAME (AEM), EXAME CLÍNICO DAS MAMAS (ECM), ATIVIDADE EDUCATIVA

32- Você orienta a usuária a examinar as mamas?

- (1) Sim, como estratégia de conscientização do próprio corpo.
- (2) Sim, por outros motivos. Quais? _____
- (3) Não, pois não está nas recomendações do Ministério da Saúde para detecção precoce do câncer de mama.
- (4) Não, por falta de tempo / falta de local apropriado.
- (5) Não, por outros motivos.

33- Você realiza o Exame Clínico da Mamas das usuárias? Em qual situação?

Exame clínico das mamas	SIM	NÃO
1- Para rastreamento do câncer de mama		
2- Em caso de queixa específica		
3- Durante o exame citopatológico		
4- Em todas as consultas.		
5- Por solicitação da mulher.		

34- Como você realiza as orientações às mulheres e com qual frequência?

	Nunca	Rara- mente	Frequen- -temente	Sempre
1-Orienta individualmente as pacientes				
2- Realiza palestras coletivas de orientação				
3- Orienta através de rodas de conversa.				

35- No seu atendimento ambulatorial, qual a frequência das condutas abaixo você utiliza para a orientação de sua paciente sobre o câncer de mama?

Orientações sobre o CA de mama	Nunca	Rara- mente	Frequen- temente	Sempre
1-Fornece informações sobre o câncer de mama à paciente.				
2- Orienta as pacientes sobre os fatores de risco do câncer de mama.				
3- Orienta as pacientes sobre as manifestações clínicas do câncer de mama				
4- Orienta as pacientes a fazerem mamografia na faixa etária e periodicidade recomendada				
5- Orienta as pacientes sobre a importância do				

auto-exame das mamas.				
6- Ensina as pacientes a fazerem o auto-exame das mamas				
7- Orienta as mulheres sobre os resultados dos exames.				
AÇÕES NO CONTROLE DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO				
36- Você investiga a presença de fatores de risco para câncer de Colo de Útero?				
(1) Sempre. (2) Com frequência. (3) Às vezes. (4) Raramente (5) Nunca				
37- Assinale os fatores que você considera de risco para o câncer de colo de útero.				
Fatores de risco	Sim	Não	Não Sei	
1- Iniciação sexual precoce.				
2- Multiplicidade de parceiros sexuais.				
3- Infecção persistente por vírus HPV-16 e o HPV-18.				
4- Nuliparidade				
5- Uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos.				
6- Uso de preservativos.				
38- Para o rastreamento do CA de colo de útero é utilizado o Exame de Papanicolaou. Para qual faixa etária o Ministério da Saúde preconiza o exame?				
(1) Início da atividade sexual. (2) Depois dos 20 anos. (3) 25 a 59 anos. (4) 25 a 64 anos. (5) Sem restrição etária.				

39- Qual periodicidade é recomendada, pelo Ministério da Saúde, para o exame Papanicolaou?

- (1) Repetição anual.
- (2) Periodicidade anual após 2 exames normais consecutivos realizados com intervalo semestral.
- (3) Periodicidade a cada 3 anos após 2 exames normais consecutivos realizados com intervalo anual.
- (4) Repetição semestral em exames com resultados alterados.

40- Qual principal fator que dificulta a realização do exame?

- (1) Paciente falta.
- (2) Falta material específico para a coleta do exame.
- (3) Não recebi capacitação para realizar o exame.
- (4) Dificuldade no agendamento do exame.
- (5) Resistência da mulher em realizar o exame com profissional de outro sexo.
- (6) Sem dificuldade.
- (7) Outra dificuldade. Qual ? _____

41- Você faz ou direciona a busca ativa das mulheres que faltaram à consulta e coleta?

- (1) SIM
- (2) NÃO

42- Em média, quanto tempo demora entre a solicitação do exame e o retorno do resultado?

- (1) < 1 mês.
- (2) 1-3 meses.
- (3) 3-6 meses.
- (4) > 6 meses.
- (5) Não retornou.
1 Não sei.

43- Você faz ou direciona a busca ativa das mulheres com laudo do Exame do Papanicolaou suspeito para malignidade e sem retorno para buscar resultado?

- (1) SIM.
- (2) NÃO, porque não tenho tempo.
- (3) NÃO, porque não tenho ACS.
- (4) NÃO, por outros motivos. Quais? _____

44- Assinale o(s) fator(es) que você considera que conferem proteção contra o câncer de colo de útero:

Prevenção do câncer de colo de útero	SIM	NÃO	NÃO SEI
A-Vacina tetravalente contra o HPV			
B- Exame citopatológico.			
C- Uso de preservativos nas relações sexuais.			

45- Você faz o seguimento das mulheres com diagnóstico para o câncer de colo de útero?

- (1) SIM.
(2) NÃO.

AÇÕES GERAIS

46- Entre os sistemas informatizados citados a seguir, quais estão implantados em sua UBS?

- (1) SIGA (Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde)
(2) SISREG (Sistema Nacional de Regulação)
(3) SIASUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS)
(4) SISCAN (Sistema de Informação do Câncer)

47- Assinale os principais problemas encontrados na utilização destes sistemas (enumere conforme numeração acima dos sistemas):

- () () () Falta de capacitação.
() () () Rede ruim ou em falta.
() () () Os profissionais não consideram o sistema importante.
() () () Vários sistemas informatizados e poucos recursos humanos.
() () () Excesso de itens a preencher.
() () () Itens a preencher sem utilidade prática.
() () () Preenchimento inadequado.
() () () Não uso.

48- Alguns dados gerados nos sistemas informatizados SIGA, SISREG, SIASUS, SISCAN lhe permite planejar as ações no controle do câncer de mama?

- (1) SIM
- (2) NÃO

Se sim, especifique:

48.1- Com qual finalidade?

- (1) Estimar cobertura.
- (2) Prover recursos para manter as ações.
- (3) Conhecer as características das mulheres atendidas.
- (4) Fazer busca ativa.
- (5) Prover ações educativas.
- (6) Outra finalidade.

Se não, especifique:

48.2- Como você planeja suas ações?

- (1) Não planejo.
- (2) É atribuição do gestor local.
- (3) É atribuição de outro profissional ou instância.
- (4) Pela demanda de atendimento.
- (5) Junto com a equipe.
- (6) Outra forma.

49- Esta UBS tem a Agenda da Mulher para ser fornecida à usuária?

- (1) SIM
- (2) NÃO
- (3) NÃO SEI

50- Você organiza e ou realiza reunião educativa sobre câncer de mama e colo de útero pra as usuárias?

- (1) SIM
- (2) NÃO

51- Você precisou de consultar alguma fonte para responder às perguntas deste questionário?

- (1) SIM
- (2) NÃO

52- Caso afirmativo para a pergunta anterior, qual fonte?

- (1) Literatura científica
- (2) Documentos do Ministério da Saúde
- (3) Sites da Internet
- (4) Protocolos de atendimento do SUS
- (5) Outros. Especifique: _____

Alguma pergunta, sugestão, dúvida ou comentário?

Obrigada pela valiosa colaboração!!

Márcia de Castro Martins Ferreira - Mestranda do PPGS da UJF
Email para contato: marciadecmf@gmail.com

APÊNDICE B _ Processo de Trabalho

Processo de trabalho

UBS _____

Informações dadas por: () gerente, () atendente () enfermeiro () outros

1-Como é feita a marcação de consultas?

- () É agendada quando solicitada.
- () Tem um dia específico da semana pra agendar. Qual _____
- () Tem um dia e horário específico pra agendar. Qual _____
- () Tem prioridades. Qual _____
- () Tem uma agenda específica de marcação.
- () Entra numa lista de espera e aguarda ser chamada pela unidade.
- () Fila por ordem de chegada no dia.
- () Outros _____

2-Como é feita a marcação do exame preventivo?

- () É agendada quando solicitado.
- () Tem um dia específico da semana pra agendar. Qual _____
- () Tem um dia e horário específico pra agendar. Qual _____
- () Tem prioridades. Qual _____
- () Tem uma agenda específica de marcação.
- () Entra numa lista de espera e aguarda ser chamada pela unidade.
- () Fila por ordem de chegada no dia.
- () Somente agendado pelo profissional, quando ele acha conveniente.
- () Outros _____

2-1- Quem realiza o exame preventivo?

- () Médicos e enfermeiros fazem preventivo, () Só médicos
- () Só enfermeiros () Outro. Qual _____

2-2-Resultado do exame preventivo

- () Chega na unidade () Paciente leva na unidade

2-1- Marcação pra mostrar resultado do exame

- Mostra na hora que se pega/leva o resultado, sem marcação de consulta
- Agendado quando a paciente busca/leva o resultado.
- Agendado com prioridade quando alterado. Quem vê o resultado? _____
- Profissional olha resultado assim que chega na unidade e já agenda os com resultado alterado.

3-Como é feito o pedido de mamografia ?

- É agendada uma data para se fazer o encaminhamento.
- Tem um dia específico da semana pra agendar. Qual _____
- Tem um dia e horário específico pra agendar. Qual _____
- Tem prioridades. Qual _____
- Tem uma agenda específica de marcação.
- Entra numa lista de espera e aguarda ser chamada pela unidade.
- Fila por ordem de chegada no dia.
- Somente agendada pelo profissional, após consulta clínica ou ginecológica.
- Outros _____

3-1— Quem realiza o pedido da mamografia de rastreamento?

- Médicos e enfermeiros. Só médicos.
- Só enfermeiros. Outro. Qual _____

3-2-Resultado da mamografia

- Chega na unidade Paciente leva na unidade

3-3- Marcação pra mostrar resultado do exame.

- Mostra na hora que se pega/leva o resultado, sem marcação de consulta
- Agendado quando a paciente busca/leva o resultado.
- Agendado com prioridade quando alterado. Quem vê o resultado? _____
- Profissional olha resultado assim que chega na unidade e já encaminha os com resultado alterado.

3-4-Encaminhamento. Quem faz?

- Médico Médico e enfermeiro Outros

4-Quem faz os agendamentos?

- Quem está no balcão(enfermeiro, técnico de enf, acs, médico)() Atendente
- médico Enfermeiro Técnico de enfermagem ACS

APÊNDICE C _ Tabelas

Tabela 1 – Descrição das barreiras encontradas no rastreamento do câncer de mama e do colo do útero na população avaliada	185
Tabela 2 – Descrição do conhecimento em relação aos fatores de risco e alto risco do câncer de mama segundo adequação	188
Sociodemográficas	
Tabela 3 - Caracterização sociodemográficas segundo Estado Civil e variável Filhos dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	189
Tabela 4 - Caracterização sociodemográficas segundo Tempo de Graduação dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	191
Tabela 5 - Caracterização sociodemográficas segundo Faixa Etária dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	193
Tabela 6 - Caracterização sociodemográficas Diretrizes do câncer de mama e do colo do útero dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	195
Tabela 7 - Caracterização sociodemográficas segundo Sexo e Título dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	197
Tabela 8 - Caracterização sociodemográficas segundo Tempo UBS dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	199
Atualização	
Tabela 9 - Atualização dos profissionais médicos e enfermeiros segundo Estado Civil e variável Filhos dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	201
Tabela 10 - Atualização dos profissionais médicos e enfermeiros segundo Tempo de Graduação dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	203
Tabela 11 - Atualização dos profissionais médicos e enfermeiros segundo Faixa etária dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	205
Tabela 12 - Atualização dos profissionais médicos e enfermeiros segundo Sexo e Título dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	207

Tabela 13 - Atualização dos profissionais médicos e enfermeiros segundo Tempo de UBS dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	209
Controle do Câncer de Mama	
Tabela 14 - Conhecimento do controle do Câncer de Mama segundo Estado Civil e variável Filhos de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	211
Tabela 15 - Conhecimento do controle do Câncer de Mama segundo Tempo de graduação de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	212
Tabela 16 - Conhecimento do controle do Câncer de Mama segundo Faixa Etária de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	213
Tabela 17 - Conhecimento do controle do Câncer de Mama segundo Diretriz do Câncer de Mama de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	214
Tabela 18 - Conhecimento do controle do Câncer de Mama segundo Sexo e Título de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	215
Tabela 19 - Conhecimento do controle do Câncer de Mama segundo Capacitação em Câncer de mama e Tempo de UBS de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	216
Fatores de risco	
Tabela 20 - Conhecimento dos fatores de risco para o Câncer de Mama segundo Estado Civil e variável Filhos de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	217
Tabela 21 - Conhecimento dos fatores de risco para o Câncer de Mama segundo Tempo de Graduação de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	220
Tabela 22 - Conhecimento dos fatores de risco para o Câncer de Mama segundo Faixa Etária de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	223
Tabela 23 - Conhecimento dos fatores de risco para o Câncer de Mama segundo Diretrizes do Câncer de Mama de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	226
Tabela 24 - Conhecimento dos fatores de risco para o Câncer de Mama segundo Sexo e Título de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	229

Tabela 25 - Conhecimento dos fatores de risco para o Câncer de Mama segundo Capacitação em Câncer de Mama e Tempo de UBS de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	232
Práticas e atitudes - Mama	
Tabela 26 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer de Mama segundo Estado Civil e Filhos de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	235
Tabela 27 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer de Mama segundo Tempo de Graduação de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	239
Tabela 28 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer de Mama segundo Faixa Etária de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	243
Tabela 29 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer de Mama segundo Diretrizes do Câncer de Mama de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	247
Tabela 30 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer de Mama segundo Sexo e Título de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	250
Tabela 31 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer de Mama segundo Capacitação em Câncer de Mama e Tempo de UBS de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	254
Controle Colo de Útero	
Tabela 32 - Conhecimento sobre o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Estado Civil e variável Filhos de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	258
Tabela 33 - Conhecimento sobre o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Tempo de Graduação de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.	260
Tabela 34 - Conhecimento sobre o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Faixa Etária de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019	262
Tabela 35 - Conhecimento sobre o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Diretrizes do Colo do Útero de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019	264
Tabela 36 - Conhecimento sobre o controle do Câncer do Colo do Útero	266

segundo Sexo e Título de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019

Tabela 37 - Conhecimento sobre o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Capacitação em Câncer de Colo de Útero de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019 268

Práticas e atitudes – Colo do útero

Tabela 38 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Estado Civil e variável Filhos de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019. 270

Tabela 39 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Tempo de Graduação de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019. 271

Tabela 40 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Faixa Etária de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019. 272

Tabela 41 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Diretrizes do Câncer de Colo de útero de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019. 273

Tabela 42 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Sexo e Título de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019. 274

Tabela 43 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Capacitação em Câncer de Mama e Tempo de UBS de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019. 275

Tabela 1 – Descrição das barreiras encontradas no rastreamento do câncer de mama e do colo do útero na população avaliada.

Barreiras no rastreamento do câncer de mama	n	%
Dificuldades no rastreamento do câncer de mama		
Desconhecimento da população		
Alto	28	16.9
Médio	89	53.6
Baixo	42	25.3
Muito baixo	7	4.2
Total	166	100
Dificuldade de acesso da população.		
Alto	16	9.8
Médio	68	41.5
Baixo	43	26.2
Muito baixo	4	22.0
Total	163	100
Poucos profissionais com informações atualizadas sobre rastreamento		
Alto	9	5.5
Médio	49	29.9
Baixo	64	39.0
Muito baixo	42	25.6
Total	164	100
Número de profissionais insuficiente na Equipe da ESF		
Alto	26	15.7
Médio	49	29.5
Baixo	57	34.3
Muito baixo	34	20.5
Total	166	100
Equipamentos insuficientes		
Alto	20	12.6
Médio	63	39.6
Baixo	55	34.6
Muito baixo	21	13.2
Total	159	100
Cota de mamografias insuficiente		
Alto	27	16.6
Médio	56	34.4
Baixo	46	28.2
Muito baixo	34	20.9
Total	163	100
Falta de um programa de rastreamento organizado		
Alto	31	19.0
Médio	49	30.1
Baixo	53	32.5
Muito baixo	30	18.4
Total	163	100

Continua

Continuação

Barreiras no rastreamento do câncer de mama	n	%
Falta de comprometimento da gestão		
Alto	24	14.8
Médio	56	34.6
Baixo	53	32.7
Muito baixo	29	17.9
Total	162	100
Resistência da mulher em realizar a mamografia		
Alto	10	6.1
Médio	69	42.1
Baixo	61	37.2
Muito baixo	24	14.6
Total	164	100
Tempo de demora entre a solicitação da mamografia e o retorno da paciente com o resultado		
< 1 mês	28	16.5
Entre 1 a 3 meses	118	69.4
Entre 4 a 6 meses.	16	9.4
> 7 meses.	1	0.6
Não sei.	6	4.1
Total	169	100
Principal fator que dificulta a avaliação do resultado do exame da usuária pelo médico		
Demora na entrega do resultado do exame a paciente	37	24.7
Demora da paciente a agendar o retorno na unidade.	73	48.7
Dificuldade de agendar o retorno na unidade	10	6.7
Outro fator	30	20
Total	150	100
<hr/>		
<i>Barreiras no rastreamento do câncer de colo de útero</i>	n	%
Paciente falta		
Sim	117	69.2
Não	52	30.8
Total	169	100
Falta material específico para a coleta do exame		
Sim	43	25.4
Não	126	74.6
Total	169	100
Não receber capacitação para realizar o exame		
Sim	3	1.8
Não	166	98.2
Total	169	100
Dificuldade no agendamento do exame		
Sim	11	6.5
Não	158	93.5
Total	169	100

Conclusão

<i>Barreiras no rastreamento do câncer de colo de útero</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Resistência da mulher em realizar o exame com profissional de outro sexo		
Sim	36	21.3
Não	133	78.7
Total	169	100
Sem dificuldade.		
Sim	12	7.1
Não	157	92.9
Total	169	100
Outra dificuldade		
Sim	4	2.4
Não	166	97.6
Total	170	100
Tempo de demora entre a solicitação do exame e o retorno da paciente com o resultado		
< 1 mês	21	12.4
1 a 3 meses	126	74.6
3 a 6 meses	15	8.9
> 6 meses	2	1.2
Não sei	5	3
Total	169	100

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 2 – Descrição do conhecimento em relação aos fatores de risco e alto risco do câncer de mama segundo adequação

Conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama		Adequado	%	Inadequado	%	Total
Fatores de risco	Terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos	156	97.5	4	2.5	160
	Primeira gestação após os 30 anos	100	69.9	43	30.1	143
	Não aleitamento materno	107	71.3	43	28.6	150
	Contraceptivo oral	111	73.6	40	26.5	151
	Excesso de peso	135	85.9	22	14.0	157
	Sedentarismo	129	84.3	24	15.7	153
	Etilismo	119	80.9	28	19.0	147
Fatores de proteção	Exposição à radiação	160	96.9	5	3.0	165
	Menarca tardia	77	54.2	65	45.8	142
	Menopausa precoce.	63	45.0	77	55.0	140
	Tabagismo	12	7.4	150	92.6	150
Conhecimento de fatores de alto risco para o câncer de mama		Adequada	%	Inadequada	%	Total
Fatores de alto risco	História de CA de mama pessoal	158	98.1	3	1.7	161
	História de câncer de ovário pessoal.	106	71.6	42	28.4	148
	História de CA de mama em homens na família	120	78.4	33	21.6	153
	História de CA de mama em parentes de primeiro grau	167	99.4	1	0.6	168
	História de CA de ovário em parentes de primeiro grau.	107	70.9	44	29.1	151

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 3 - Caracterização sociodemográficas segundo Estado Civil e variável Filhos dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

	ESTADO CIVIL						Valor de p	FILHOS						Valor de p
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%		Não tem	%	Um	%	Dois	%	
Características sociodemográficas														
Faixa etária							<0,005							< 0,005
Até 29 anos	21	38.9	2	2	0	0	23	37.7	0	0	0	0		
30 a 49 anos	23	42.6	52	52	5	38.5	29	47.5	28	57.1	23	40.4		
50 anos ou mais	10	18.5	46	46	8	61.5	9	14.8	21	42.9	34	59.6		
Sexo							0,01							0,001
Feminino	35	63.6	78	78	13	100	36	59	43	86	47	82.5		
Masculino	20	36.4	22	22	0	0	25	41	7	14	10	17.5		
Estado Civil														< 0,005
Solteiro	-		-		-		45	73.8	6	12	4	7		
Casado/União estável	-		-		-		15	24.6	37	74	48	84.2		
Separado/Viúvo	-		-		-		1	1.6	7	14	5	8.8		
Filhos							<0,005							
Não tem	45	81.8	15	15	1	7.7	-		-		-			
Um	6	10.9	37	37	7	53.8	-		-		-			
Dois ou mais	4	7.3	48	48	5	38.5	-		-		-		Continua	

Conclusão

	ESTADO CIVIL						Valor de p	FILHOS						Valor de p
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%		Não tem	%	Um	%	Dois	%	
Tempo de graduação							<0.005						< 0,005	
1 a 5 anos	21	39.6	8	8	0	0		26	43.3	2	4.1	1	1.8	
6 a 10 anos	7	13.2	10	10	2	15.4		10	16.7	6	12.2	3	5.3	
11 a 20 anos	15	28.3	26	26	4	30.8		14	23.3	12.2	32.7	15	26.3	
> 20 anos	10	18.9	56	56	7	53.8		10	16.7	32.7	51	38	66.7	
Titulação							<0.005						< 0,005	
Graduação	24	43.6	9	9	1	7.7		27	44.3	4	8	3	5.3	
Pós-graduação	31	56.4	91	91	12	92.3		34	55.7	46	92	54	94.7	
Tempo de atuação na UBS							0.001						< 0,005	
< 1 ano	24	43.6	17	17	2	15.4		25	41	9	18	9	15.8	
1 a 5 anos	17	30.9	24	24	2	15.4		23	37.7	10	20	10	17.5	
6 a 10 anos	8	14.5	22	22	3	23.1		8	13.1	13	26	12	21.1	
> 10 anos	6	10.9	37	37	6	46.2		5	8.2	18	36	26	45.6	
Outro serviço							0.16						0.02	
Sim, na área de saúde.	20	36.4	19	19.4	1	7.7		23	37.7	9	18	8	14.5	
Sim, em outra área	1	1.8	4	4.1	0	0		0	0	3	6	2	3.6	
Não	34	61.8	74	75.5	12	92.3		37	60.7	38	76	45	81.8	
1 e 2	0	0	1	1	0	0		1	1.6	0	0	0	0	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 4 - Caracterização sociodemográficas segundo Tempo de Graduação dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Varáveis	TEMPO DE GRADUAÇÃO								Valor de p
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos	%	
Características sociodemográficas									
Faixa etária									< 0,005
Até 29 anos	21	72.4	2	10.5	0	0	0	0	
30 a 49 anos	8	27.6	16	84.2	43	95.6	12	16.4	
50 anos ou mais	0	0	1	5.3	2	4.4	61	83.6	
Sexo									0.001
Feminino	13	44.8	13	68.4	40	85.1	58	79.5	
Masculino	16	55.2	6	31.6	7	14.9	15	20.5	
Estado Civil									< 0,005
Solteiro	21	72.4	7	36.8	15	33.3	10	13.7	
Casado/União estável	8	27.6	10	52.6	26	57.8	56	76.7	
Separado/Viúvo	0	0	2	10.5	4	8.9	7	9.6	
Filhos									< 0,005
Não tem	26	89.7	10	52.6	14	31.1	10	13.7	
Um	2	6.9	6	31.6	16	35.6	25	34.2	
Dois ou mais	1	3.4	3	15.8	15	33.3	38	52.1	
Titulação									< 0,005
Graduação	23	79.3	3	15.8	6	12.8	4	5.5	
Pós-graduação	6	20.7	16	84.2	41	87.2	69	94.5	

Continua

Conclusão

Varáveis	TEMPO DE GRADUAÇÃO								Valor de p
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos	%	
Tempo de atuação na UBS									< 0,005
< 1 ano	18	62.1	3	15.8	11	23.4	10	13.7	
1 a 5 anos	11	37.9	10	52.6	16	34	7	9.6	
6 a 10 anos	0	0	6	31.6	14	29.8	13	17.8	
> 10 anos	0	0	0	0	6	12.8	43	58.9	
Outro serviço									0.004
Sim, na área de saúde.	13	44.8	8	42.1	9	19.1	10	14.1	
Sim, em outra área	0	0	1	5.3	1	2.1	3	4.2	
Não	16	55.2	9	47.4	37	78.7	58	81.7	
1 e 2	0	0	1	5.3	0	0	0	0	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 5 - Caracterização sociodemográficas segundo Faixa Etária dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.

Variáveis	Total	%	FAIXA ETÁRIA						valor de p	
			Até 29 anos	%	30 a 49 anos	%	> 50 anos	%		
Faixa etária										
Até 29 anos										
30 a 49 anos										
50 anos ou mais										
Sexo										
Feminino	125	74.9	10	43.5	65	81.3	50	78.1		0.001
Masculino	42	25.1	13	56.5	15	18.8	14	21.9		
Estado Civil										
Solteiro	54	32.3	21	91.3	23	28.8	10	15.6		< 0,005
Casado/União estável	100	59.9	2	8.7	52	65	46	71.9		
Separado/Viúvo	13	7.8	0	0	5	6.3	8	12.5		
Filhos										
Não tem	61	36.5	23	100	29	36.3	9	14.1		< 0,005
Um	49	29.3	0	0	28	35	21	32.8		
Dois ou mais	57	34.1	0	0	23	28.8	34	53.1		
Formação										
Tempo de graduação										
1 a 5 anos	29	17.5	21	91.3	8	10.1	0	0		< 0,005
6 a 10 anos	19	11.4	2	8.7	16	20.3	1	1.6		
11 a 20 anos	41	24.7	0	0	39	49.4	2	3.1		
> 20 anos	77	46.4	0	0	16	20.3	61	95.3		

Continua

Conclusão

Variáveis	Total	%	FAIXA ETÁRIA						Valor de p
			Até 29 anos	%	30 a 49 anos	%	> 50 anos	%	
Titulação									< 0,005
Graduação	34	20.4	16	69.6	13	16.3	5	7.8	
Pós-graduação	133	79.6	7	30.4	67	83.8	59	92.2	
Tempo de atuação na UBS									< 0,005
< 1 ano	42	25.1	13	56.5	19	23.8	10	15.6	
1 a 5 anos	42	25.7	10	43.5	27	33.8	6	9.4	
6 a 10 anos	33	1.8	0	0	21	26.3	12	18.8	
> 10 anos	49	29.3	0	0	13	16.3	36	56.3	
Outro serviço									0.04
Sim, na área de saúde.	40	24.2	12	52.2	17	21.3	11	17.7	
Sim, em outra área.	5	3	0	0	3	3.8	2	3.2	
Não.	119	72.1	11	47.8	59	73.8	49	79	
Total	165	100	23	100	80	100	62	100	

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 6 - Caracterização sociodemográficas segundo Diretrizes do câncer de mama e do colo do útero dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	DIRETRIZ MAMA							DIRETRIZ COLO						
	SIM	%	NÃO	%	NÃO SEI	%	valor de p	SIM	%	NÃO	%	NÃO SEI	%	valor de p
Faixa etária							0.91							
Até 29 anos	10	11.6	2	11.8	10	16.7								
30 a 49 anos	42	48.8	9	52.9	27	45								
50 anos ou mais	34	39.5	6	35.3	23	38.3								
Sexo							0.79							0.91
Feminino	66	75	13	76.5	43	70.5		60	74.1	14	77.8	48	72.7	
Masculino	22	25	4	23.5	18	29.5		21	25.9	4	22.2	18	27.3	
Estado Civil							0.72							0.69
Solteiro	26	30.2	7	41.2	21	34.4		24	30.4	7	38.9	23	34.8	
Casado/União estável	53	61.6	10	58.8	35	57.4		49	62	11	61.1	37	56.1	
Separado/Viúvo	7	0	0	0	5	8.2		6	7.6	0	0	6	9.1	
Filhos							0.68							0.91
Não tem	27	31.4	7	41.2	25	41		26	32.9	7	38.9	26	39.4	
Um	27	31.4	6	35.3	17	27.9		25	31.6	6	33.3	18	27.3	
Dois ou mais	32	37.2	4	23.5	19	31.1		28	35.4	5	27.8	22	33.3	
Formação														
Tempo de graduação							0.49							0.27
1 a 5 anos	12	13.6	2	11.8	14	23.7		11	13.6	3	16.7	14	21.9	
6 a 10 anos	8	9.1	2	11.8	9	15.3		7	8.6	2	11.1	10	15.6	
11 a 20 anos	25	28.4	5	29.4	11	18.6		27	33.3	4	22.2	10	15.6	

Continua

Conclusão

Variáveis	DIRETRIZ MAMA						valor de p	DIRETRIZ COLO						valor de p
	SIM	%	NÃO	%	NÃO SEI	%		SIM	%	NÃO	%	NÃO SEI	%	
Titulação							0.36							0.71
Graduação	17	19.3	2	11.8	16	26.2		16	19.8	3	16.7	16	24.2	
Pós-graduação	71	80.7	15	88.2	45	73.8		65	80.2	15	83.3	50	75.8	
Tempo de atuação na UBS							0.03							0.04
< 1 ano	15	17	2	11.8	24	39.3		14	17.3	2	17.3	25	37.9	
1 a 5 anos	27	30.7	3	17.6	14	23		27	33.3	4	33.3	13	19.7	
6 a 10 anos	20	22.7	4	23.5	8	13.1		18	22.2	4	22.2	10	15.2	
> 10 anos	26	29.5	8	47.1	15	24.6		22	27.2	8	44.4	18	27.3	
Outro serviço							0.85							0.84
Sim, na área de saúde.	22	25.3	4	23.5	14	23.3		20	25	5	27.8	15	23	
Sim, em outra área.	3	3.4	1	5.9		1.7		3	3.8	1	5.6	1	1.5	
Não.	62	71.3	12	70.6	44	73.3		57	71.3	12	66.7	48	73.8	
Total														

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 7 - Caracterização sociodemográficas segundo Sexo e Título dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	SEXO				valor de p	TÍTULO				valor de p
	Fem	%	Masc	%		Graduação	%	Pós-Graduação	%	
Faixa etária					0.001					< 0,005
Até 29 anos	10	8	13	31		10	28.6	56.3	56.3	
30 a 49 anos	65	52	15	35.7		25	71.4	43.7	43	
50 anos ou mais	50	40	14	33.3		0	0	0	0.7	
Sexo										< 0,005
Feminino						18	50	108	80.6	
Masculino						18	50	26	19.4	
Estado Civil					0.01					
Solteiro	35	27.8	20	47.6		24	70.6	31	23.1	
Casado/União estável	78	61.9	22	52.4		9	26.5	91	67.9	
Separado/Viúvo	13	10.3	0	0		1	2.9	12	9	
Filhos					0.001					< 0,005
Não tem	36	28.6	25	59.5		27	79.4	34	25.4	
Um	43	34.1	7	16.7		4	11.8	46	34.3	
Dois ou mais	47	37.3	10	23.8		3	8.8	54	40.3	
Formação										
Tempo de graduação					0.001					< 0,005
1 a 5 anos	13	10.5	16	36.4		23	63.9	6	4.5	
6 a 10 anos	13	10.5	6	13.6		3	8.3	16	12.1	
11 a 20 anos	36	29	7	15.9		6	16.7	41	31.1	
> 20 anos	62	50	15	34.1		4	11.1	69	52.3	Continua

Conclusão

Variáveis	SEXO				valor de p	TÍTULO				valor de p
	Fem	%	Masc	%		Graduação	%	Pós-Graduação	%	
Titulação					< 0,005					
Graduação	18	14.3	18	40.9						
Pós-graduação	108	85.7	26	59.1						
Tempo de atuação na UBS					0.15					< 0,005
< 1 ano	31	24.6	13	29.5		24	66.7	20	14.9	
1 a 5 anos	28	22.2	16	36.4		12	33.3	32	23.9	
6 a 10 anos	27	21.4	6	13.6		0	0	33	24.6	
> 10 anos	40	31.7	9	20.5		0	0	49	36.3	
Outro serviço					0.16					0.20
Sim, na área de saúde.	27	21.6	14	32.6		13	36.1	28	21.2	
Sim, em outra área.	4	3.2	1	2.3		0	0	5	3.8	
Não.	94	75.2	27	62.8		23	63.9	98		
1 e2	0	0	1	2.3		0	0	1	0.8	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 8 - Caracterização sociodemográficas segundo Tempo UBS dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	TEMPO UBS								valor de p
	< 1 ano	%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	
Faixa etária									< 0,005
Até 29 anos	13	31	10	23,3	0	0	0	0	
30 a 49 anos	19	45,2	27	62,8	21	63,6	13	26,5	
50 anos ou mais	10	23,8	6	14	12	36,4	36	73,5	
Sexo									0.15
Feminino	31	70,5	28	63,6	27	81,8	40	81,6	
Masculino	13	29,5	16	36,4	6	18,2	9	18,4	
Estado Civil									0.001
Solteiro	24	55.8	17	39.5	8	24.2	6	12.2	
Casado/União estável	17	39.5	24	55.8	22	66.7	37	75.5	
Separado/Viúvo	2	4.7	2	4.7	3	9.1	6	12.2	
Filhos									< 0,005
Não tem	25	58.1	23	24.2	8	24.2	5	10.2	
Um	9	20.9	10	23.3	13	39.4	18	36.7	
Dois ou mais	9	20.9	10	23.3	12	36.4	26	53.1	
Formação									
Tempo de graduação									
1 a 5 anos	18	42.9	11	25	0	0	0	0	
6 a 10 anos	3	7.1	10	22.7	6	18.2	0	0	
11 a 20 anos	11	26.2	16	36.4	14	42.4	6	12.2	
> 20 anos	10	23.8	7	15.9	13	39.4	43	87.8	

Continua

Conclusão

Variáveis	TEMPO UBS								valor de p
	< 1 ano	%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	
Titulação									< 0,005
Graduação	24	54.5	12	27.3	0	0	0	0	
Pós-graduação	20	45.5	32	72.7	33	100	49	100	
Tempo de atuação na UBS									
< 1 ano									
1 a 5 anos									
6 a 10 anos									
> 10 anos									
Outro serviço									0.27
Sim, na área de saúde.	13	29.5	12	27.3	10	30.3	6	12.8	
Sim, em outra área.	0	0	2	4.5	2	6.1	1	2.1	
Não.	31	70.5	29	65.9	21	63.6	40	85.1	
1 e2	0	0	1	2.3	0	0	0	0	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 9 - Atualização dos profissionais médicos e enfermeiros segundo Estado Civil e variável Filhos dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

	ESTADO CIVIL						Valor de p	Não tem	%	FILHOS				Valor de p
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%				Um	%	Dois	%	
Como o profissional se atualiza														
Participação em congresso							0.32							0.07
Sim	18	35.3	22	25	2	18.2		22	38.6	9	20	11	22.9	
Não	33	64.7	66	75	9	81.8		35	61.4	36	80	37	77.1	
Cursos PJJ/MS							0.44							0.36
Sim	27	50	58	59.2	6	46.2		33	55	24	48	34	61.8	
Não	27	50	40	40.8	7	53.8		27	45	26	52	21	38.2	
Curso Particular							0.01							0.001
Sim	29	53.7	27	29.3	4	33.3		34	55.7	11	24.4	15	28.8	
Não	25	46.3	65	70.7	8	66.7		27	44.3	34	75.6	37	71.2	
Troca com colegas							0.26							0.84
Sim	50	92.6	91	95.8	11	84.6		58	95.1	45	93.8	49	92.5	
Não	4	7.4	4	4.2	2	15.4		3	4.9	3	6.3	4	7.5	
Informações de rep. de laboratório.							0.88							0.34
Sim	17	31.5	26	28.3	3	25		18	29.5	10	21.7	18	35.3	
Não	37	68.5	66	71.7	9	75		43	70.5	36	78.3	33	64.7	
Internet (artigos e diretrizes)							0.14							0.01
Sim	54	98.2	91	93.8	11	84.6		60	98.4	48	98	48	87.3	
Não	1	1.8	6	6.2	2	15.4		1	1.6	1	2	7	12.7	

continua

Conclusão

	ESTADO CIVIL						Valor de p	Não tem	%	FILHOS				Valor de p
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%				Um	%	Dois	%	
Tempo que fez último curso							0.59							0.008
< 2 anos	45	81.8	78	78	9	69.2		53	86.9	42	84	37	64.9	
> 3 anos	10	18.2	22	22	4	30.8		8	13.1	8	16	20	35.1	
Fez capacitação CM nos últimos 3 anos							0.64							0.99
Sim	19	34.5	27.3	27.3	4	30.8		18	29.5	15	30	17	30.4	
Não	36	65.5	72.7	72.7	9	69.2		43	70.5	35	70	39	69.6	
Fez capacitação CCU nos últimos 3 anos														0.96
Sim	18	32.7	27	27	3	23.1	0.68	17	27.9	15	30	16	28.1	
Não	37	67.3	73	73	10	76.9		44	72.1	35	70	41	71.9	

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 10 - Atualização dos profissionais médicos e enfermeiros segundo Tempo de Graduação dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Varáveis	TEMPO DE GRADUAÇÃO								Valor de p
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos	%	
Como o profissional se atualiza									
Participação em congresso									0.001
Sim	13	46.4	9	56.3	6	14	13	21	
Não	15	53.6	7	43.8	37	86	49	79	
Cursos PJJ/MS									0.06
Sim	14	50	16	84.2	24	53.3	37	51.4	
Não	14	50	3	15.8	21	46.7	35	48.6	
Curso Particular									< 0,005
Sim	20	69	12	63.2	9	20.9	18	27.7	
Não	9	31	7	36.8	34	79.1	47	72.3	
Troca com colegas									0.91
Sim	28	96.6	17	94.4	42	93.3	64	92.8	
Não	1	3.4	1	5.6	3	6.7	5	7.2	
Informações de rep. de laboratório.									0.03
Sim	14	48.3	6	33.3	7	15.9	20	30.3	
Não	15	51.7	12	66.7	37	84.1	46	69.7	
Internet (artigos e diretrizes)									0.24
Sim	29	100	19	100	44	93.6	64	91.4	
Não	0	0	0	0	3	6.4	6	8.6	

Continua

Conclusão

Varáveis	TEMPO DE GRADUAÇÃO								
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos		
Tempo que fez último curso									0.04
< 2 anos	26	89.7	18	94.7	37	78.7	51	69.9	
> 3 anos	3	10.3	1	5.3	10	21.3	22	30.1	
Fez capacitação CM nos últimos 3 anos									0.63
Sim	8	27.6	7	36.8	16	34	18	25	
Não	21	72.4	12	63.2	31	66	54	75	
Fez capacitação CCU nos últimos 3 anos									0.63
Sim	9	31	7	36.8	14	29.8	17	23.3	
Não	20	69	12	63.2	33	70.2	56	76.7	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 11 - Atualização dos profissionais médicos e enfermeiros segundo Faixa Etária dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.

Variáveis	Total	%	FAIXA ETÁRIA						valor de p
			Até 29 anos	%	30 a 49 anos	%	> 50 anos	%	
Como o profissional se atualiza									0.03
Participação em congresso									
Sim	42	28.2	11	50	20	27.4	11	20.4	
Não	107	71.8	11	50	53	72.6	43	79.6	
Total	149	100	22	100	73	100	54	100	
Cursos PJJ/MS									0.61
Sim	91	55.5	11	47.8	46	59	34	54	
Não	73	44.5	12	52.2	32	41	29	46	
Total	164	100	23	100	78	100	63	100	
Curso Particular									< 0,005
Sim	60	38.2	17	73.9	28	35.9	15	26.8	
Não	97	61.8	6	26.1	50	64.1	41	73.2	
Total	157	100	23	100	78	100	56	100	
Troca com colegas									0.75
Sim	151	93.8	22	95.7	72	92.3	57	95	
Não	10	6.2	1	4.3	6	7.7	3	5	
Total	161	100	23	100	78	100	60	100	
Informações de rep. de laboratório.									0.04
Sim	46	29.3	11	47.8	16	21.1	19	32.8	
Não	111	70.7	12	52.2	60	78.9	39	67.2	
Total	157	100	23	100	76	100	58	100	
Internet (artigos e diretrizes)									0.14
Sim	155	94.5	23	100	76	96.2	56	90.3	
Não	9	5.5	0	0	3	3.8	6	9.7	
Total	164	100	23	100	79	100	62	100	

Continua

Conclusão

Variáveis	Total	%	FAIXA ETÁRIA						valor de p
			Até 29 anos	%	30 a 49 anos	%	> 50 anos	%	
Tempo que fez último curso									0.02
< 2 anos	131	78.4	22	95.7	65	81.3	44	68.8	
> 3 anos	36	21.6	1	4.3	15	18.8	29	31.3	
Total	167	100	23	100	80	100	64	100	
Fez capacitação CM nos últimos 3 anos									0.75
Sim	50	30.1	8	34.8	25	31.3	17	27	
Não	116	69.9	15	65.2	55	68.8	46	73	
Total	166	100	23	10	80	100	63	100	
Fez capacitação CCU nos últimos 3 anos									0.46
Sim	48	28.7	8	34.8	25	31.3	15	23.4	
Não	119	71.3	15	65.2	55	68.8	49	76.6	
Total	167	100	23	100	80	100	64	100	
Acha importante Ed. Permanente									
Sim	166	100	23	100	80	100	63	100	
Não	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total									

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 12 - Atualização dos profissionais médicos e enfermeiros segundo Sexo e Título dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.

Variáveis	SEXO				valor de p	TÍTULO				valor de p
	Fem	%	Masc	%		Graduação	%	Pós-Graduação	%	
Como o profissional se atualiza										
Participação em congresso					0.72					0.35
Sim	30	27	12	30		11	34.4	31	26.1	
Não	81	73	28	70		21	65.6	88	73.9	
Cursos PJJF/MS					0.73					0.16
Sim	67	54	24	57.1		15	44.1	76	57.6	
Não	57	46	18	42.9		19	55.9	56	42.4	
Curso Particular					0.002					0.001
Sim	36	30.8	24	58.5		21	63.6	39	31.2	
Não	81	69.2	17	41.5		12	36.4	86	68.8	
Troca com colegas					0.72					0.38
Sim	115	94.3	38	92.7		33	97.1	120	93	
Não	7	5.7	3	7.3		1	2.9	9	7	
Informações de rep. de laboratório.					0.31					0.09
Sim	32	27.4	15	35.7		14	41.2	33	26.4	
Não	85	72.6	27	64.3		20	58.8	92	73.6	
Internet (artigos e diretrizes)					0.63					0.377
Sim	117	95.1	41	93.2		33	91.7	125	95.4	
Não	6	4.9	3	6.8		3	8.3	6	4.6	

Continua

Conclusão

Variáveis	SEXO				valor de p	TÍTULO				valor de p
	Fem	%	Masc	%		Graduação	%	Pós-Graduação	%	
Tempo que fez último curso					0.02					0.77
< 2 anos	94	74.6	40	90.9		29	80.6	105	78.4	
> 3 anos	32	25.4	4	9.1		7	19.4	29	21.6	
Fez capacitação CM nos últimos 3 anos					0.25					0.06
Sim	34	27.2	16	36.4		6	16.7	44	33.1	
Não	91	72.8	28	63.6		30	83.3	89	66.9	
Fez capacitação CCU nos últimos 3 anos					0.54					0.08
Sim	34	27	14	31.8		6	16.7	42	31.3	
Não	92	73	30	68.2		30	83.3	92	68.7	
Disponível diretrizes do CM					0.794					0.364
Sim	66	54.1	22	50		17	48.6	71	54.2	
Não	13	10.7	4	9.1		2	5.7	15	11.5	
Não sabe	43	35.2	18	40.9		16	45.7	45	34.4	
Disponível diretrizes do CCU					0.91					0.709
Sim	60	49.2	21	48.8		16	45.7	65	50	
Não	14	11.5	4	9.3		3	8.6	15	11.5	
Não sabe	48	39.3	18	41.9		16	45.7	50	38.5	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 13 - Atualização dos profissionais médicos e enfermeiros segundo Tempo de UBS dos médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	TEMPO UBS								valor de p
	< 1 ano	%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	
Como o profissional se atualiza									
Participação em congresso									0.46
Sim	13	35.1	9	22.5	10	33.3	10	22.7	
Não	24	64.9	31	77.5	20	66.7	34	77.3	
Cursos PJJF/MS									0.77
Sim	22	53.7	26	60.5	16	48.5	27	55.1	
Não	19	46.3	17	39.5	17	51.5	22	44.9	
Curso Particular									0.02
Sim	20	50	119	46.3	12	37.5	9	20	
Não	20	50	22	53.7	20	62.5	36	80	
Troca com colegas									0.91
Sim	37	92.5	39	92.9	31	93.9	46	95.8	
Não	3	7.5	3	7.1	2	6.1	2	4.2	
Informações de rep. de laboratório.									0.68
Sim	11	27.5	15	36.6	8	24.2	13	28.9	
Não	29	72.5	26	63.4	25	75.8	32	71.1	
Internet (artigos e diretrizes)									0.28
Sim	40	90.9	44	100	31	93.9	43	93.5	
Não	4	9.1	0	0	2	6.1	3	6.5	

Continua

Conclusão

Variáveis	TEMPO UBS								valor de p
	< 1 ano	%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	
Tempo que fez último curso									0.22
< 2 anos	37	84.1	37	84.1	22	66.7	38	77.6	
> 3 anos	7	15.9	7	15.9	11	33.3	11	22.4	
Fez capacitação CM nos últimos 3 anos									0.57
Sim	11	25	16	36.4	9	27.3	12	24.5	
Não	33	75	28	63.6	24	72.7	37	75.5	
Fez capacitação CCU nos últimos 3 anos									0.67
Sim	13	29.5	16	36.4	9	27.3	12	25	
Não	31	70.5	28	63.6	24	72.7	36	75	
Disponível diretrizes do CM									0.03
Sim	15	36.6	27	61.4	20	62.5	26	53.1	
Não	2	4.9	3	6.8	4	12.5	8	16.3	
Não sabe	24	58.5	14	31.8	8	25	15	30.6	
Disponível diretrizes do CCU									0.04
Sim	14	34.1	27	61.4	18	56.3	22	45.8	
Não	2	4.9	4	9.1	4	12.5	8	16.7	
Não sabe	25	61	13	29.5	10	31.3	18	37.5	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 14 - Conhecimento do controle do Câncer de Mama segundo Estado Civil e variável Filhos de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

	ESTADO CIVIL						Valor de p	Não tem	%	FILHOS				Valor de p
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%				Um	%	Dois	%	
Conhecimento Câncer de Mama														
Faixa etária indicada para mamografia de rastreamento														
Sim	47	86	90	90	10	76.9	0.35	54	88.5	44	88	49	86	0.91
Não	8	15	10	10	3	23.1		7	11.5	6	12	8	14	
Periodicidade indicada para mamografia de rastreamento														
Sim	44	80	88	88.9	10	83.3	0.32	51	83.6	43	86	48	87.3	0.85
Não	11	20	11	11.1	2	16.7		10	16.4	7	14	7	12.7	
Risco da mamografia para a usuária														
Sim	16	29	35	36.8	7	58.3	0.15	19	31.7	18	36	21	40.4	0.63
Não	39	71	60	63.2	5	41.7		41	68.3	32	64	31	59.6	
Indicação do ultrassom para rastreamento do câncer de mama														
Sim	32	59	56	56.6	9	69.2	0.68	38	63.3	25	50	34	60.7	0.34
Não	22	41	43	43.4	4	30.8		22	36.7	25	50	22	39.3	
Mamografia reduz a mortalidade, melhora o prognóstico do câncer de mama														
Sim	53	96	98	98	12	92.3	0.49	57	93.4	50	100	56	98.2	0.10
Não	2	4	2	2	1	8		4	7	0	0	1	2	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 15 - Conhecimento do controle do Câncer de Mama segundo Tempo de Graduação de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.

	TEMPO DE GRADUAÇÃO								valor de p
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos	%	
Conhecimento Câncer de Mama									
Faixa etária indicada para mamografia de rastreamento									
Sim	26	89.7	15	78.9	43	91.5	62	84.9	0.50
Não	3	10.3	4	21.1	4	8.5	11	15.1	
Periodicidade indicada para mamografia de rastreamento									
Sim	26	89.7	16	84.2	40	87	60	83.3	0.85
Não	3	10.3	3	15.8	6	13	12	16.7	
Risco da mamografia para a usuária									
Sim	9	32.1	6	31.6	12	26.1	31	44.9	0.20
Não	19	67.9	13	68.4	34	73.9	38	55.1	
Indicação do ultrassom para rastreamento do câncer de mama									
Sim	14	48.3	10	52.6	33	70.2	39	54.9	0.21
Não	15	51.7	9	47.4	14	29.8	32	45.1	
Mamografia reduz a mortalidade, melhora o prognóstico do câncer de mama									
Sim	29	100	18	94.7	45	95.7	72	98.6	0.49
Não	0	0	1	5	2	4	1	1	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 16 - Conhecimento do controle do Câncer de Mama segundo Faixa Etária de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	Total	%	FAIXA ETÁRIA						valor de p
			Até 29 anos	%	30 a 49 anos	%	> 50 anos	%	
Conhecimento Câncer de Mama									
Conhecimento da faixa etária indicada para mamografia de rastreamento									
									0.38
Sim	146	87.4	22	95.7	79	87.5	54	84.4	
Não	21	12.6	1	4.3	10	12.5	10	15.6	
Conhecimento da periodicidade indicada para mamografia de rastreamento									
									0.53
Sim	142	86.1	21	91.3	69	87.3	52	82.5	
Não	23	13.9	2	8.7	10	12.7	11	17.5	
Conhecimento que a mamografia pode trazer risco para a usuária									
									0.33
Sim	58	36	7	31.8	25	31.6	26	43.3	
Não	103	64	15	68.2	54	68.4	34	56.7	
Conhecimento se indica Ultrassom para rastreamento do câncer de mama.									
									0.08
Sim	96	58.2	9	39.1	52	65	35	56.5	
Não	69	41.8	14	60.9	28	35	27	43.5	
Conhecimento: mamografia reduz a mortalidade, melhorando o prognóstico do câncer de mama.									
									0.32
Sim	162	97	23	100	76	95	63	98.4	
Não	5	3	0	0	4	5	1	1.6	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 17 - Conhecimento do controle do Câncer de Mama segundo Diretriz do Câncer de Mama de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	DIRETRIZ MAMA						valor de p
	SIM	%	NÃO	%	NÃO SEI	%	
Conhecimento Câncer de Mama							
Conhecimento da faixa etária indicada para mamografia de rastreamento							
Sim	79	89.8	15	88.2	50	82	0.38
Não	9	10.2	2	11.8	11	18	
Conhecimento da periodicidade indicada para mamografia de rastreamento							
Sim	75	86.2	16	94.1	49	80.3	0.33
Não	12	13.8	1	5.9	12	19.7	
Conhecimento que a mamografia pode trazer risco para a usuária							
Sim	30	34.9	6	37.5	20	34.5	0.97
Não	56	65.1	10	62.5	38	65.5	
Conhecimento se indica Ultrassom para rastreamento do câncer de mama.							
Sim	53	60.2	8	47.1	34	57.6	0.60
Não	35	39.8	9	52.9	25	42.4	
Conhecimento: mamografia reduz a mortalidade, melhorando o prognóstico do câncer de mama.							
Sim	87	98.9	17	100	57	93.4	0.12
Não	1	11	0	0	4	6.6	

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 18 - Conhecimento do controle do Câncer de Mama segundo Sexo e Título de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	SEXO				valor de p	TÍTULO				valor de p
	Fem	%	Masc	%		Graduação	%	Pós-Graduação	%	
Conhecimento Câncer de Mama										
Conhecimento da faixa etária indicada para mamografia de rastreamento										
Sim	113	89.7	35	79.5	0.09	30	83.3	118	88.1	0.45
Não	13	10.3	9	20.5		6	16.7	16	11.9	
Conhecimento da periodicidade indicada para mamografia de rastreamento										
Sim	104	83.9	39	88.6	0.45	30	83.3	113	85.6	0.73
Não	20	16.1	5	11.4		6	16.7	19	14.4	
Conhecimento que a mamografia pode trazer risco para a usuária										
Sim	45	37.5	13	29.5	0.35	11	31.4	47	36.4	0.58
Não	75	62.5	31	70.5		24	68.6	82	63.6	
Conhecimento se indica Ultrassom para rastreamento do câncer de mama.										
Sim	74	59.7	24	54.5	0.55	20	55.6	78	59.1	0.70
Não	50	40.3	20	45.5		16	44.4	54	40.9	
Conhecimento: mamografia reduz a mortalidade, melhorando o prognóstico do câncer de mama.										
Sim	122	96.8	43	97.7	0.76	35	97.2	130	97	0.95
Não	4	3.2	1	2.3		1	2.8	4	3	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 19 - Conhecimento do controle do Câncer de Mama segundo Capacitação em Câncer de mama e Tempo de UBS de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.

Variáveis	CAPACITAÇÃO EM CA MAMA					TEMPO UBS								
	< 3anos	%	> 3anos	%	valor de p	< 1 ano	%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	valor de p
Conhecimento Câncer de Mama														
Conhecimento da faixa etária indicada para mamografia de rastreamento	0.80													0.05
Sim	44	88	103	86.6		36	81.8	42	95.5	31	93.9	39	79.6	
Não	6	12	16	13.4		8	18.2	2	4.5	2	6.1	10	20.4	
Conhecimento da periodicidade indicada para mamografia de rastreamento	0.18													0.20
Sim	38	79.2	104	87.4		33	76.7	37	84.1	31	93.9	42	87.5	
Não	10	20.8	15	12.6		10	23.3	7	15.9	2	6.1	6	12.5	
Conhecimento que a mamografia pode trazer risco para a usuária	0.11													0.89
Sim	13	26.5	45	39.5		15	34.9	14	32.6	11	33.3	18	40	
Não	36	73.5	69	60.5		28	65.1	29	67.4	22	66.7	27	60	
Conhecimento se indica Ultrassom para rastreamento do câncer de mama.	0.50													0.63
Sim	31	62	66	56.4		24	57.1	29	65.9	17	51.5	28	57.1	
Não	19	38	51	43.6		18	42.9	15	34.1	16	48.5	21	42.9	
Conhecimento: mamografia reduz a mortalidade, melhorando o prognóstico do câncer de mama.	0.61													0.59
Sim	48	96	116	97.5		42	95.5	42	95.5	33	100	48	98	
Não	2	4	3	2.5		2	4.5	2	4.5	0	0	1	2	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 20 – Conhecimento dos fatores de risco para o Câncer de Mama segundo Estado Civil e variável Filhos de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.

	ESTADO CIVIL						Valor de p	FILHOS						Valor de p
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%		Não tem	%	Um	%	Dois	%	
Conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama														
Terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos							0.77							0.77
Adequado	53	98.1	91	96.8	10	100		59	98.3	44	97.8	51	96.2	
Inadequado	1	1.9	3	3.2	0	0		1	1.7	1	2.2	2	3.8	
Primeira gestação após os 30 anos							0.89							0.61
Adequado	34	68	58	71.6	8	72.7		39	69.6	27	65.9	34	75.6	
Inadequado	16	32	23	28.4	3	27.3		17	30.4	14	34.1	11	24.4	
Não aleitamento materno							0.01							0.01
Adequado	27	55.1	71	80.7	9	75		31	57.4	33	75	43	84.3	
Inadequado	22	44.9	17	19.3	3	25		23	42.6	11	25	8	15.7	
Contraceptivo oral							0.97							0.39
Adequado	38	74.5	64	72.7	8	72.7		38	67.9	36	80	36	73.5	
Inadequado	13	25.5	24	27.3	3	27.3		18	32.1	9	20	13	26.5	
Excesso de peso							0.29							0.62
Adequado	42	82.4	82	89.1	9	75		50	86.2	36	81.8	47	88.7	
Inadequado	9	17.6	10	10.9	3	25		8	13.8	8	18.2	6	11.3	
Sedentarismo							0.81							0.93
Adequado	43	84.3	75	83.3	10	90.9		49	83.1	36	85.7	43	84.3	
Inadequado	8	15.7	15	16.7		9.1		10	16.9	6	14.3	8	15.7	

Continua

Continuação

	ESTADO CIVIL						Valor de p	FILHOS						Valor de p
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%		Não tem	%	Um	%	Dois	%	
Etilismo							0.91							0.56
Adequado	40	81.6	72	80.9	6	75		42	76.4	34	82.9	42	84	
Inadequado	9	18.4	17	19.1	2	25		13	23.6	7	17.1	8	16	
Exposição a radiação							0.17							0.72
Adequado	55	100	92	94.8	11	100		59	98.3	46	95.8	53	96.4	
Inadequado	0	0	5	5.2	0	0		1	1.7	2	4.2	2	3.6	
Menarca tardia							0.46							0.67
Adequado	30	61.2	40	50	6	54.5		31	55.4	20	48.8	25	58.1	
Inadequado	19	38.8	40	50	5	45.5		25	44.6	21	51.2	18	41.9	
Menopausa precoce.							0.27							0.56
Adequado	26	53.1	33	41.3	3	30		27	49.1	16	38.1	19	45.2	
Inadequado	23	46.9	47	58.8	7	70		28	50.9	26	61.9	23	54.8	
Tabagismo							0.57							0.19
Adequado	5	9.3	7	7.4	0	0		7	11.7	1	2.2	4	7.3	
Inadequado	49	90.7	88	92.6	11	100		53	88.3	44	97.8	51	92.7	

Continua

Conclusão

	ESTADO CIVIL						Valor de p	FILHOS						Valor de p
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%		Não tem	%	Um	%	Dois	%	
Conhecimento de fatores de alto risco para o câncer de mama.														
História de CA de mama pessoal							0.05							0.08
Sim	51	94.4	94	100	11	100		57	95	45	100	54	100	
Não	3	5	0	0	0	0		3	5	0	0	0	0	
História de câncer de ovário pessoal.							0.04							0.01
Sim	30	60	67	77	9	90		32	57.1	36	81.8	38	80.9	
Não	20	40	20	23	1	10		24	42.9	8	18.2	9	19.1	
História de CA de mama em homens na família							0.91							0.80
Sim	40	76.9	72	80	8	80		46	78	33	76.7	41	82	
Não	12	23.1	18	20	2	20		13	22	10	23.3	9	18	
História de CA de mama em parentes de primeiro grau							0.35							0.42
Sim	53	98.1	100	100	12	100		60	98.4	49	100	56	100	
Não	1	1.9	0	0	0	0		1	1.6	0	0	0	0	
História de CA de ovário em parentes de primeiro grau.							0.33							0.17
Sim	36	69.2	61	70.1	10	90.9		36	63.2	36	80	35	72.9	
Não	16	30.8	26	29.6	1	9.1		21	36.8	9	20	13	27.1	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 21 – Conhecimento dos fatores de risco para o Câncer de Mama segundo Tempo de Graduação de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Varáveis	TEMPO DE GRADUAÇÃO								Valor de p
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos	%	
Conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama									
Terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos									
Adequado	29	100	18	100	46	97.9	62	95.4	0.43
Inadequado	0	0	0	0	1	2.1	3	4.6	
Primeira gestação após os 30 anos									
Adequado	18	64.3	12	80	31	77.5	38	64.4	0.38
Inadequado	10	35.7	3	20	9	22.5	21	3.6	
Não aleitamento materno									
Adequado	14	53.8	12	66.7	30	73.2	50	79.4	0.10
Inadequado	12	46.2	6	33.3	11	26.8	13	20.6	
Contraceptivo oral									
Adequado	19	70.4	15	78.9	31	75.6	46	73	0.92
Inadequado	8	29.6	4	21.1	10	24.4	17	27	
Excesso de peso									
Adequado	26	89.7	16	84.2	36	85.7	56	84.8	0.93
Inadequado	3	10.3	3	15.8	6	14.3	10	15.2	
Sedentarismo									
Adequado	25	86.2	17	89.5	34	82.9	52	82.5	0.88
Inadequado	4	13.8	2	0.5	7	17.1	11	17.5	

Continua

Continuação

Varáveis	TEMPO DE GRADUAÇÃO								Valor de p
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos	%	
Etilismo									0.36
Adequado	19	70	13	76.5	34	87.2	51	82.3	
Inadequado	8	29.6	4	23.5	5	12.8	11	17.7	
Exposição a radiação									0.54
Adequado	29	100	19	100	43	95.6	67	95.7	
Inadequado	0	0	0	0	2	4.4	3	4.3	
Menarca tardia									0.36
Adequado	16	55.2	11	68.8	17	43.6	32	56.1	
Inadequado	13	44.8	5	31.3	22	56.4	25	43.9	
Menopausa precoce.									0.19
Adequado	15	53.6	10	58.8	13	32.5	24	44.4	
Inadequado	13	46.4	7	41.2	27	67.5	30	55.6	
Tabagismo									0.47
Adequado	4	14.8	1	5.3	3	6.5	4	5.9	
Inadequado	23	85.2	18	94.7	43	93.5	64	94.1	
Conhecimento de fatores de alto risco para o câncer de mama.									
História de CA de mama pessoal									0.39
Sim	28	96.6	17	94.4	45	97.8	67	100	
Não	1	3.4	1	5.6	1	2.2	0	0	

Continua

Conclusão

Varáveis	TEMPO DE GRADUAÇÃO								Valor de p
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos	%	
História de câncer de ovário pessoal.									
Sim	11	40.7	12	75	31	75.6	51	81	0.001
Não	16	59.3	4	25	10	24.4	12	19	
História de CA de mama em homens na família									
Sim	25	92.6	13	76.5	28	66.7	53	80.3	0.08
Não	2	7.4	4	23.5	14	33.3	13	19.7	
História de CA de mama em parentes de primeiro grau									
Sim	28	96.6	19	100	47	100	72	100	0.19
Não	1	3.4	0	0	0	0	0	0	
História de CA de ovário em parentes de primeiro grau.									
Sim	13	46.4	12	75	30	75	50	76.9	0.02
Não	15	53.6	4	25	10	25	15	23.1	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Continuação

Variáveis	Total	%	FAIXA ETÁRIA				valor de p		
			Até 29 anos	%	30 a 49 anos	%		> 50 anos	%
Inadequado	28	19.3	5	21.7	13	18.6	10	19.2	
Exposição a radiação									0.65
Adequado	157	96.9	23	100	76	96.2	58	96.7	
Inadequado	5	3.1	0	0	3	3.8	2	3.3	
Menarca tardia									0.89
Adequado			13	56.5	35	52.2	28	56	
Inadequado			10	43.5	32	47.8	22	44	
Menopausa precoce.									0.29
Adequado			13	59.1	28	40	21	44.7	
Inadequado			9	40.9	42	60	26	55.3	
Tabagismo									0.31
Adequado			2	9.1	8	10.3	2	3.4	
Inadequado			20	90.9	70	89.7	57	96.6	
Conhecimento de fatores de alto risco para o câncer de mama.									
História de CA de mama pessoal									0.35
Adequado			22	95.7	74	97.4	59	100	
Inadequado			1	4.3	2	2.6	0	0	
História de câncer de ovário pessoal.									< 0,005
Adequado			8	36.4	53	74.6	44	83	
Inadequado			14	63.6	18	25.4	9	17	

Continua

Conclusão

Variáveis	Total	%	FAIXA ETÁRIA				valor de p	
			Até 29 anos	%	30 a 49 anos	%		> 50 anos
História de CA de mama em homens na família							0.13	
Adequado			20	90.9	53	72.6	47	82.5
Inadequado			2	9.1	20	27.4	10	17.5
História de CA de mama em parentes de primeiro grau							0.04	
Adequado			22	95.7	80	100	63	100
Inadequado			1	4.3	0	0	0	0
História de CA de ovário em parentes de primeiro grau.							0.01	
Adequado			10	45.5	52	73.2	44	78.6
Inadequado			12	54.5	19	26.8	12	21.4

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 23 – Conhecimento dos fatores de risco para o Câncer de Mama segundo Diretrizes do Câncer de Mama de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	DIRETRIZ MAMA						valor de p
	SIM	%	NÃO	%	NÃO SEI	%	
Conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama.							
Terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos.							
Adequado	81	98.8	16	100	55	94.8	0.27
Inadequado	1	1.2	0	0	3	5.2	
Primeira gestação após os 30 anos							
Adequado	51	68	10	71.4	38	73.1	0.82
Inadequado	24	32	4	28.6	14	26.9	
Não aleitamento materno							
Adequado	59	77.6	8	57.1	37	66.1	0.16
Inadequado	17	22.4	6	42.9	19	33.9	
Contraceptivo oral							
Adequado	65	82.3	11	84.6	34	59.6	0.01
Inadequado	14	17.7	2	15.4	23	40.4	
Excesso de peso							
Adequado	71	85.5	12	85.7	49	86	0.99
Inadequado	12	14.5	2	14.3	8	14	
Sedentarismo							
Adequado	67	83.8	12	92.3	47	82.5	0.68
Inadequado	13	16.3	1	7.7	10	17.5	
							Continua

Continuação

Variáveis	DIRETRIZ MAMA						valor de p
	SIM	%	NÃO	%	NÃO SEI	%	
Etilismo							0.16
Adequado	61	80.3	10	100	43	76.8	
Inadequado	15	19.7	0	0	13	23.2	
Exposição a radiação							0.45
Adequado	86	97.7	17	100	55	94.8	
Inadequado	2	2.3	0	0	3	5.2	
Menarca tardia							0.42
Adequado	36	49.3	7	53.8	33	61.1	
Inadequado	37	50.7	6	46.2	21	38.9	
Menopausa precoce.							0.41
Adequado	28	40	8	57.1	26	48.1	
Inadequado	42	60	6	42.9	28	51.9	
Tabagismo							0.14
Adequado	4	4.8	3	18.8	5	8.5	
Inadequado	80	95.2	13	81.3	54	91.5	
Conhecimento de fatores de alto risco para o câncer de mama.							
História de CA de mama pessoal							0.13
Adequado	83	100	16	94.1	56	98.2	
Inadequado	0	0	1	5.9	1	1.8	

Continua

Conclusão

Variáveis	DIRETRIZ MAMA		DIRETRIZ MAMA		DIRETRIZ MAMA		valor de p
	SIM	%	NÃO	%	NÃO SEI	%	
História de câncer de ovário pessoal.							
							0.25
Adequado	59	77.6	10	66.7	35	64.8	
Inadequado	17	22.4	5	33.3	19	35.2	
História de CA de mama em homens na família							
							0.36
Adequado	62	80.5	11	64.7	44	78.6	
Inadequado	1	19.5	6	35.3	12	2.4	
História de CA de mama em parentes de primeiro grau							
							0.65
Adequado	87	98.9	17	100	59	100	
Inadequado	1	1.1	0	0	0	0	
História de CA de ovário em parentes de primeiro grau.							
							0.22
Adequado	56	71.8	13	86.7	36	64.3	
Inadequado	22	28.2	2	13.3	20	35.7	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 24 - Conhecimento dos fatores de risco para o Câncer de Mama segundo Sexo e Título de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	SEXO				valor de p	TÍTULO				valor de p
	Fem	%	Masc	%		Graduação	%	Pós-Graduação	%	
Conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama.										
Terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos.										
Adequado	113	96.6	43	100	0.22	35	100	121	96.8	0.28
Inadequado	4	3.4	0	0		0	0	4	3.2	
Primeira gestação após os 30 anos										
Adequado	79	73.8	21	58.3	0.08	22	68.8	78	70.3	0.87
Inadequado	28	26.2	15	41.7		10	31.3	33	29.7	
Não aleitamento materno										
Adequado	82	72.6	25	67.6	0.56	17	54.8	90	75.6	0.02
Inadequado	31	27.4	12	32.4		14	45.2	29	24.4	
Contraceptivo oral										
Adequado	83	75.5	28	68.3	0.38	24	75	87	73.1	0.83
Inadequado	27	24.5	13	31.7		8	25	32	26	
Excesso de peso										
Adequado	97	84.3	38	90.5	0.35	32	91.4	103	84.4	0.29
Inadequado	18	15.7	4	9.5		3	8.6	19	15.6	
Sedentarismo										
Adequado	96	85.7	33	80.5	0.43	29	85.3	100	84	0.86
Inadequado	16	14.3	8	19.5		5	14.7	19	16	continua

Continuação

Variáveis	SEXO				valor de p	Graduação	%	TÍTULO		valor de p
	Fem	%	Masc	%				Pós-Graduação	%	
Etilismo										0.28
Adequado	90	84.1	29	72.5	0.11	23	74.2	96	82.8	
Inadequado	17	15.9	11	27.5		8	25.8	20	17.2	
Exposição a radiação										0.24
Adequado	117	95.9	43	100	0.18	35	100	125	96.2	
Inadequado	5	4.1	0	0		0	0	5	3.8	
Menarca tardia										0.99
Adequado	56	54.4	21	53.8	1.00	19	54.3	58	54.2	
Inadequado	47	45.6	18	46.2		16	45.7	49	45.8	
Menopausa precoce.					0.10					0.40
Adequado	43	41	20	42.9		16	51.6	47	43.1	
Inadequado	62	59	15	57.1		15	48.4	62	56.9	
Tabagismo					0.94					0.28
Adequado	9	7.5	3	7.1		4	11.8	8	6.3	
Inadequado	111	92.5	39	92.9		30	88.2	120	93.8	
Conhecimento de fatores de alto risco para o câncer de mama.										
História de CA de mama pessoal					0.28					0.62
Sim	114	97.4	44	100		34	97.1	124	98.4	
Não	3	2.6	0	0		1	2.9	2	1.6	

Continua

Conclusão

Variáveis	SEXO				valor de p	TÍTULO				valor de p
	Fem	%	Masc	%		Graduação	%	Pós-Graduação	%	
História de câncer de ovário pessoal.					0.88					0.005
Sim	77	72	29	70.7		16	51.6	90	76.9	
Não	30	28	12	29.3		15	48.4	27	23.1	
História de CA de mama em homens na família					0.68					0.66
Sim	88	79.3	32	76.2		26	81.3	94	77.7	
Não	23	20.7	10	23.8		6	18.8	27	22.3	
História de CA de mama em parentes de primeiro grau					0.55					0.05
Sim	123	99.2	44	100		34	97.1	133	100	
Não	1	0.8	0	0		1	2.9	0	0	
História de CA de ovário em parentes de primeiro grau.					0.41					0.11
Sim	80	72.7	27	65.9		19	59.4	88	73.9	
Não	30	27.3	14	34.1		13	40.6	31	26.1	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 25 - Conhecimento dos fatores de risco para o Câncer de Mama segundo Capacitação em Câncer de Mama e Tempo de UBS de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	CAPACITAÇÃO EM CA MAMA					TEMPO UBS								
	< 3anos	%	> 3anos	%	valor de p	< 1 ano	%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	valor de p
Conhecimento dos fatores de risco para o câncer de mama.														
Terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos.					0.84									0.67
Adequado	46	97.9	109	97.3		40	97.6	43	97.7	31	100	42	95.5	
Inadequado	1	2.1	3	2.7		1	2.4	1	2.3	0	0	2	4.5	
Primeira gestação após os 30 anos					0.53									0.88
Adequado	28	73.7	71	68.3		24	68.6	27	67.5	19	67.9	30	75	
Inadequado	10	26.3	33	31.7		11	31.4	13	32.5	9	32.1	10	25	
Não aleitamento materno					0.96									0.02
Adequado	30	71.4	76	71		21	55.3	26	66.7	25	83.3	35	81.4	
Inadequado	12	28.6	31	29		17	44.7	13	33.3	5	16.7	8	18.6	
Contraceptivo oral					0.92									0.71
Adequado	34	73.9	76	73.1		27	71.1	29	69	25	80.6	30	75	
Inadequado	12	26.1	28	26.9		11	28.9	13	31	6	19.4	10	25	
Excesso de peso					0.63									0.07
Adequado	38	84.4	97	87.4		38	92.7	33	78.6	24	77.4	40	93	
Inadequado	7	15.6	14	12.6		3	7.3	9	21.4	7	22.6	3	7	
Sedentarismo					0.74									0.88
Adequado	38	86.4	91	84.3		33	84.6	34	82.9	26	81.3	36	87.8	
Inadequado	6	13.6	17	15.7		6	15.4	7	17.1	6	18.8	5	12.2	

Continua

Continuação

Variáveis	CAPACITAÇÃO EM CA MAMA					TEMPO UBS								
	< 3anos	%	> 3anos	%	valor de p	< 1 ano	%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	valor de p
Etilismo					0.25									0.47
Adequado	35	87.5	84	79.2		28	75.7	30	76.9	24	82.8	37	88.1	
Inadequado	5	12.5	22	20.8		9	24.3	9	23.1	5	17.2	5	11.9	
Exposição a radiação					0.14									0.91
Adequado	49	100	110	95.7		41	97.6	42	95.5	30	96.8	47	97.9	
Inadequado	0	0	5	4.3		1	2.4	2	4.5	1	3.2	1	2.1	
Menarca tardia					0.40									0.52
Adequado	18	48.6	59	56.7		20	54.1	18	45	16	59.3	23	60.5	
Inadequado	19	51.4	45	43.3		17	45.9	22	55	11	40.7	15	39.5	
Menopausa precoce.					0.84									0.77
Adequado	17	43.6	46	45.5		16	47.1	15	38.5	13	44.8	19	50	
Inadequado	22	56.4	55	54.5		18	52.9	24	61.5	16	55.2	19	50	
Tabagismo					0.11									0.3
Adequado	1	2.2	11	9.6		5	12.8	3	6.8	3	9.1	1	2.2	
Inadequado	45	97.8	104	90.4		34	87.2	41	93.2	30	90.9	45	97.8	
Conhecimento de fatores de alto risco para o câncer de mama.														
História de CA de mama pessoal					0.89									0.15
Sim	47	97.9	110	98.2		39	97.5	42	100	29	93.5	48	100	
Não	1	2.1	2	1.8		1	2.5	0	0	2	6.5	0	0	Continua

Conclusão

Variáveis	CAPACITAÇÃO EM CA MAMA					TEMPO UBS								
	< 3anos	%	> 3anos	%	valor de p	< 1 ano	%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	valor de p
História de câncer de ovário pessoal.					0.91									0.13
Sim	31	72.1	74	71.2		21	56.8	30	76.9	23	79.3	32	74.4	
Não	12	27.9	30	28.8		16	43.2	9	23.1	6	20.7	11	25.6	
História de CA de mama em homens na família					0.85									0.97
Sim	34	77.3	85	78.7		30	78.9	31	79.5	24	80	35	76.1	
Não	10	22.7	23	21.3		8	21.1	8	20.5	6	20	11	23.9	
História de CA de mama em parentes de primeiro grau					0.51									0.42
Sim	50	100	116	99.1		42	100	43	97.7	33	100	49	100	
Não	0	0	1	0.9		0	0	1	2.3	0	0	0	0	
História de CA de ovário em parentes de primeiro grau.					0.22									0.06
Sim	29	64.4	78	74.3		21	55.3	30	76.9	25	83.3	31	70.5	
Não	16	35.6	27	25.7		17	44.7	9	23.1	5	16.7	13	29.5	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 26 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer de Mama segundo Estado Civil e Filhos de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

	ESTADO CIVIL						Valor de p	FILHOS						Valor de p
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%		Não tem	%	Um	%	Dois	%	
Prática em relação ao controle do câncer de mama														
Investiga fatores de risco para o CM							0.47							0.97
Sim	49	89.1	90	90	13	100	55	90.2	45	90	52	91.2		
Não	6	10.9	10	10	0	0	6	9.8	5	10	5	8.8		
Adota atitudes singulares em função dos fatores de risco							0.38							0.73
Sim	42	77.8	82	83.7	9	69.2	46	78	42	84	45	80.4		
Não	12	22.2	16	16.3	4	30.8	13	22	8	16	11	19.6		
Solicita mamografia para rastreamento do CM							0.36							0.41
Sim	54	98.2	100	100	13	100	60	98.4	50	100	57	100		
Não	1	1.8	0	0	0	0	1	1.6	0	0	0	0		
Encaminha as mulheres com resultado com suspeita de CM							0.16							0.28
Sim	55	100	98	98	12	92.3	61	100	48	96	56	98.2		
Não	0	0	2	2	1	7.7	0	0	2	4	1	1.8		
Faz busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia							0.44							0.60
Sim	34	63	69	72.6	7	63.6	43	71.7	34	70.8	33	63.5		
Não	20	37	26	27.4	4	36.4	17	28.3	14	29.2	19	36.5		

Continua

Continuação

	ESTADO CIVIL						Valor de p	FILHOS						Valor de p
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%		Não tem	%	Um	%	Dois	%	
Orienta a usuária a examinar as mamas							0.66							0.82
Sim	50	96.2	97	98	13	100		56	96.6	48	98	56	98.2	
Não	2	3.8	2	2	0	0		2	3.4	1	2	1	1.8	
Realiza o exame clínico das mamas para rastreamento							0.78							0.32
Sim	44	88	86	91.5	11	91.7		48	87.3	45	95.7	48	88.9	
Não	6	12	8	8.5	1	8.3		7	12.7	2	4.3	6	11.1	
Realiza o exame clínico das mamas em caso de queixa específica							0.7							0.31
Sim	53	100	92	98.9	13	100		58	100	47	97.9	53	100	
Não	0	0	1	1.1	0	0		0	0	1	2.1	0	0	
Realiza o exame clínico das mamas durante o exame preventivo							0.69							0.65
Sim	52	96.3	93	94.9	12	100		57	95	48	98	52	94.5	
Não	2	3.7	5	5.1	0	0		3	5	1	2	3	5.5	
Realiza o exame clínico das mamas em todas as consultas							0.88							0.24
Sim	4	8.7	5	6.3	1	8.3		4	8	1	2.3	5	11.6	
Não	42	91.3	74	93.7	11	91.7		46	92	43	97.7	38	88.4	
Realiza o exame clínico das mamas por solicitação da mulher														0.43
Sim	46	93.9	81	91	12	100		50	92.6	41	89.1	48	96	
Não	3	6.1	8	9	0	0		4	7.4	5	10.9	2	4	

Continua

Continuação

	ESTADO CIVIL						Valor de p	Não tem	%	FILHOS				Valor de p
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%				Um	%	Dois	%	
Orienta as pacientes individualmente							0.71							0.29
Sim	55	100	98	99	13	100		61	100	48	98	57	100	
Não	0	0	1	1	0	0		0	0	1	2	0	0	
Realiza palestras coletivas de orientação.							0.12							0.55
Sim	12	22.2	31	33.3	6	50		17	28.3	13	27.7	19	36.5	
Não	42	77.8	62	66.7	6	50		43	71.7	34	72.3	33	63.5	
Orienta através de roda de conversa.							0.12							0.41
Sim	10	18.2	31	33.7	4	33.3		14	23.3	13	27.7	18	34.6	
Não	45	81.8	61	66.3	8	66.7		46	76.7	34	72.3	34	65.4	
Fornece informações sobre o CM à paciente							0.38							0.36
Sim	50	90.9	95	95	13	100		56	91.8	49	98	53	93	
Não	5	9.1	5	5	0	0		5	8.2	1	2	4	7	
Orienta as pacientes sobre os fatores de risco do CM							0.36							0.35
Sim	49	90.7	95	95	13	100		55	91.7	49	98	53	93	
Não	5	9.3	5	5	0	0		5	8.3	1	2	4	7	
Orienta as pacientes sobre as manifestações clínicas do CM							0.22							0.59
Sim	50	90.9	92	92	10	76.9		57	93.4	44	88	51	89.5	
Não	5	9.1	8	8	3	23.1		4	6.6	6	12	6	10.5	

Continua

Conclusão

	ESTADO CIVIL						Valor de p	Não tem	%	FILHOS				Valor de p
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%				Um	%	Dois	%	
Orienta as pacientes a fazerem a mamografia na faixa etária e periodicidade recomendada														
Sim	55	100	100	100	13	100		61	100	50	100	57	100	
Não														
Orienta as pacientes sobre a importância do auto-exame das mamas							0.73							0.45
Sim	45	83.3	87	87.9	1	84.6		49	81.7	44	88	50	89.3	
Não	9	16.7	12	12.1	2	15.4		11	18.3	6	12	6	10.7	
Ensina as pacientes a fazerem o auto-exame das mamas							0.25							0.08
Sim	38	70.4	82	82	10	76.9		41	68.3	42	84	47	82.5	
Não	16	29.6	18	18	3	23.1		19	31.7	8	16	10	17.5	
Orienta as mulheres sobre o resultado dos exames							0.88							0.99
Sim	53	98.1	98	98	13	100		59	98.3	49	98	56	98.2	
Não	1	1.9	2	2	0	0		1	1.7	1	2	1	1.8	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 27 -Práticas e atitudes para o controle do Câncer de Mama segundo Tempo de Graduação de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Varáveis	TEMPO DE GRADUAÇÃO								Valor de p
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos	%	
Prática em relação ao controle do câncer de mama									
Investiga fatores de risco para o CM									
Sim	22	75.9	17	89.5	44	93.6	68	93.2	0.05
Não	7	24.1	2	10.5	3	6.4	5	6.8	
Adota atitudes singulares em função dos fatores de risco									
Sim	20	69	13	68.4	37	80.4	63	88.7	0.06
Não	9	31	6	31.6	9	19.6	8	11.3	
Solicita mamografia para rastreamento do CM									
Sim	28	96.6	19	100	47	100	73	100	0.18
Não	1	3.4	0	0	0	0	0	0	
Encaminha as mulheres com resultado com suspeita de CM									
Sim	29	100	19	100	46	97.9	71	97.3	0.73
Não	0	0	0	0	1	2.1	2	2.7	
Faz busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia									
Sim	19	67.9	11	61.1	30	65.2	51	75	0.57
Não	9	32.1	7	38.9	16	34.8	17	25	
Orienta a usuária a examinar as mamas									
Sim	26	92.9	17	89.5	44	100	73	100	0.01
Não	2	7.1	2	10.5	0	0	0	0	

Continua

Continuação

Varáveis	TEMPO DE GRADUAÇÃO								Valor de p
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos	%	
Realiza o exame clínico das mamas para rastreamento									
Sim	23	82.1	13	76.5	42	93.3	63	95.5	0.04
Não	5	17.9	4	23.5	3	6.7	3	4.5	
Realiza o exame clínico das mamas em caso de queixa específica									
Sim	29	100	17	100	45	100	67	98.5	0.72
Não	0	0	0	0	0	0	1	1.5	
Realiza o exame clínico das mamas durante o exame preventivo									
Sim	26	92.9	16	88.9	44	95.7	70	98.6	0.26
Não	2	7.1	2	11.1	2	4.3	1	1.4	
Realiza o exame clínico das mamas em todas as consultas									
Sim	1	3.7	2	11.8	3	7	5	9.8	0.73
Não	26	96.3	15	88.2	40	93	46	90.2	
Realiza o exame clínico das mamas por solicitação da mulher									
Sim	25	89.3	13	76.5	44	100	57	93.4	0.01
Não	3	10.7	4	23.5	0	0	4	6.6	
Orienta as pacientes individualmente									
Sim	29	100	18	94.7	46	97.9	72	100	0.24
Não	0	0	1	5.3	1	2.1	0	0	

Continua

Continuação

Variáveis	TEMPO DE GRADUAÇÃO								Valor de p
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos	%	
Realiza palestras coletivas de orientação.									
Sim	4	13.8	5	27.8	21	44.7	19	28.8	0.04
Não	25	86.2	13	72.2	26	55.3	47	71.2	
Orienta através de roda de conversa.									
Sim	4	13.8	4	23.5	14	29.8	22	33.3	0.25
Não	25	86.2	13	76.5	33	70.2	44	66.7	
Fornece informações sobre o CM à paciente									
Sim	25	86.2	18	94.7	45	95.7	70	95.9	0.27
Não	4	13.8	1	5.3	2	4.3	3	4.1	
Orienta as pacientes sobre os fatores de risco do CM									
Sim	24	85.7	17	89.5	47	100	69	94.5	0.07
Não	4	14.3	2	10.5	0	0	4	5.5	
Orienta as pacientes sobre as manifestações clínicas do CM									
Sim	26	89.7	18	94.7	41	87.2	67	91.8	0.77
Não	3	10.3	1	5.3	6	12.8	6	8.2	
Orienta as pacientes a fazerem a mamografia na faixa etária e periodicidade recomendada									
Sim	29	100	19	100	47	100	73	100	p
Não									

Continua

Conclusão

Variáveis	TEMPO DE GRADUAÇÃO								Valor de p
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos	%	
Orienta as pacientes sobre a importância do auto-exame das mamas									
Sim	19	67.9	13	68.4	42	89.4	69	95.8	< 0,005
Não	9	32.1	6	31.6	5	10.6	3	4.2	
Ensina as pacientes a fazerem o auto-exame das mamas									
Sim	13	46.4	10	52.6	39	83	68	93.2	< 0,005
Não	15	53.6	9	47.4	8	17	5	6.8	
Orienta as mulheres sobre o resultado dos exames									
Sim	28	100	16	84.2	47	100	73	100	< 0,005
Não			3	15.8					

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 28 -Práticas e atitudes para o controle do Câncer de Mama segundo Faixa Etária de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	Total	%	FAIXA ETÁRIA						valor de p
			Até 29 anos	%	30 a 49 anos	%	> 50 anos	%	
Prática em relação ao controle do câncer de mama									
Investiga fatores de risco para o CM									
Sim	151	90.4	19	82.6	73	91.3	59	92.2	0.38
Não	16	9	4	17.4	7	8.8	5	7.8	
Adota atitudes singulares em função dos fatores de risco									
Sim	132	80.5	17	73.9	60	75.9	55	88.7	0.11
Não	32	19.5	6	26.1	19	24.1	7	11.3	
Solicita mamografia para rastreamento do CM									
Sim	166	99.4	22	95.7	80	100	64	100	0.04
Não	1	0.6	1	4.3	0	0	0	0	
Encaminha as mulheres com resultado com suspeita de CM									
Sim	164	98.2	23	100	79	98.8	62	96.9	0.55
Não	3	1.8	0	0	1	1.3	2	3.1	
Faz busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia									
Sim	110	69.2	16	72.7	52	67.5	42	70	0.88
Não	49	30.8	6	27.3	25	32.5	18	30	
Orienta a usuária a examinar as mamas									
Sim	159	97.5	20	90.9	75	97.4	64	100	0.06
Não	4	2.5	2	9.1	2	2.6	0	0	

Continua

Continuação

Variáveis	Total	%	FAIXA ETÁRIA						valor de p
			Até 29 anos	%	30 a 49 anos	%	> 50 anos	%	
Realiza o exame clínico das mamas para rastreamento									
Sim			18	81.8	67	89.3	55	94.8	0.20
Não			4	18.2	8	10.7	3	5.2	
Realiza o exame clínico das mamas em caso de queixa específica									
Sim			23	100	75	100	59	98.3	0.44
Não			0	0	0	0	1	1.7	
Realiza o exame clínico das mamas durante o exame preventivo									
Sim			21	95.5	74	93.7	61	98.4	0.39
Não			1	4.5	5	6.3	1	1.6	
Realiza o exame clínico das mamas em todas as consultas									
Sim			2	9.5	3	4.2	5	11	0.35
Não			19	90.5	68	95.8	40	88.9	
Realiza o exame clínico das mamas por solicitação da mulher									
Sim			21	95.5	68	90.7	50	94.3	0.63
Não			1	4.5	7	9.3	3	5.7	
Orienta as pacientes individualmente									
Sim	165	99.4	23	100	78	98.7	64	100	0.57
Não	1	0.6	0	0	1	1.3	0	0	

Continua

Continuação

Variáveis	Total	%	FAIXA ETÁRIA						valor de p
			Até 29 anos	%	30 a 49 anos	%	> 50 anos	%	
Realiza palestras coletivas de orientação.									
Sim	49	30.8	3	13	29	37.2	17	29.3	0.08
Não	110	69.2	20	87	49	62.8	41	70.7	
Orienta através de roda de conversa.									
Sim	44	27.8	2	8.7	23	29.5	19	33.3	0.08
Não	114	72.2	21	91.3	55	70.5	38	66.7	
Fornece informações sobre o CM à paciente									
Sim			20	87	76	95	61	95.3	0.31
Não			3	13	4	5	3	4.7	
Orienta as pacientes sobre os fatores de risco do CM									
Sim			20	90.9	76	95	60	93.8	0.77
Não			2	9.1	4	5	4	6.3	
Orienta as pacientes sobre as manifestações clínicas do CM									
Sim			21	91.3	73	91.3	57	89.1	0.89
Não			2	8.7	7	8.8	7	10.9	
Orienta as pacientes a fazerem a mamografia na faixa etária e periodicidade recomendada									
Sim			23	100	80	100	64	100	*
Não			0	0	0	0	0	0	

Continua

Conclusão

Variáveis	Total	%	FAIXA ETÁRIA						valor de p
			Até 29 anos	%	30 a 49 anos	%	> 50 anos	%	
Orienta as pacientes sobre a importância do auto-exame das mamas									
Sim			15	68.2	67	83.8	60	95.2	0.005
Não			7	31.8	13	16.3	3	4.8	
Ensina as pacientes a fazerem o auto-exame das mamas									
Sim			12	54.5	57	71.3	60	93.8	< 0,005
Não			10	45.5	23	28.8	4	6.3	
Orienta as mulheres sobre o resultado dos exames									
Sim			22	100	77	96.2	64	100	0.19
Não			0	0	3	3.8	0	0	

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Tabela 29 -Práticas e atitudes para o controle do Câncer de Mama segundo Diretrizes do Câncer de Mama de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	DIRETRIZ MAMA						valor de p
	SIM	%	NÃO	%	NÃO SEI	%	
Prática em relação ao controle do câncer de mama							
Investiga fatores de risco para o CM							
Sim	81	92	16	94.1	53	86.9	0.49
Não	7	8	1	5.9	8	13.1	
Adota atitudes singulares em função dos fatores de risco							
Sim	72	82.8	15	88.2	46	76.7	0.47
Não	15	17.2	2	11.8	14	3.3	
Solicita mamografia para rastreamento do CM							
Sim	88	100	17	100	60	98.4	0.42
Não	0	0	0	0	1	1.6	
Encaminha as mulheres com resultado com suspeita de CM							
Sim	86	97.7	17	100	60	98.4	0.81
Não	2	2.3	0	0	1	1.6	
Faz busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia							
Sim	65	76.5	7	43.8	38	66.7	0.03
Não	20	23.5	9	56.3	19	33.3	
Orienta a usuária a examinar as mamas							
Sim	87	100	16	94.1	56	94.9	0.09
Não	0	0	1	5.9	3	5.1	

Continua

Continuação

Variáveis	DIRETRIZ MAMA						Valor de p
	SIM	%	NÃO	%	NÃO SEI	%	
Realiza o exame clínico das mamas para rastreamento							0.002
Sim	81	98.8	14	87.5	46	82.1	
Não	1	1.2	2	12.5	10	17.9	
Realiza o exame clínico das mamas em caso de queixa específica							0.41
Sim	84	100	16	100	56	98.2	
Não	0	0	0	0	1	1.8	
Realiza o exame clínico das mamas durante o exame preventivo							0.002
Sim	85	100	17	100	52	88.1	
Não	0	0	0	0	7	11.9	
Realiza o exame clínico das mamas em todas as consultas							0.17
Sim	8	11.3	0	0	2	4.1	
Não	63	88.7	15	100	47	95.9	
Realiza o exame clínico das mamas por solicitação da mulher							0.28
Sim	73	93.6	16	100	47	88.7	
Não	5	6.4	0	0	6	11.3	
Orienta as pacientes individualmente							859
Sim	86	98.9	17	100	60	98.4	
Não	1	1.1	0	0	1	1.6	
Realiza palestras coletivas de orientação.							0.08
Sim	32	39	4	23.5	13	22.4	
Não	50	61	13	76.5	45	77.6	Continua

Continuação

Variáveis	DIRETRIZ MAMA						valor de p
	SIM	%	NÃO	%	NÃO SEI	%	
Orienta através de roda de conversa.							0.37
Sim	22	26.8	7	43.8	16	27.1	
Não	60	73.2	9	56.3	43	72.9	
Fornece informações sobre o CM à paciente							0.05
Sim	87	98.9	15	88.2	56	91.8	
Não	1	1.1	2	11.8	5	8.2	
Orienta as pacientes sobre os fatores de risco do CM							0.21
Sim	84	95.5	17	100	54	90	
Não	4	4.5	0	0	6	10	
Orienta as pacientes sobre as manifestações clínicas do CM							0.09
Sim	84	95.5	15	88.2	52	85.2	
Não	4	4.5	2	11.8	9	14.8	
Orienta as pacientes a fazerem a mamografia na faixa etária e periodicidade recomendada							p
Sim	88	100	17	100	61	100	
Não	0	0	0	0	0	0	
Orienta as pacientes sobre a importância do auto-exame das mamas							0.72
Sim	77	88.5	14	82.4	51	85	
Não	10	11.5	3	17.6	9	15	
Ensina as pacientes a fazerem o auto-exame das mamas							0.20
Sim	72	81.8	15	88.2	43	71.7	
Não	16	18.2	2	11.8	17	23.3	
Orienta as mulheres sobre o resultado dos exames							0.81
Sim	86	97.7	17	100	59	98.3	
Não	2	2.3	0	0	1	1.7	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 30 -Práticas e atitudes para o controle do Câncer de Mama segundo Sexo e Título de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	SEXO				valor de p	TÍTULO				valor de p	
	Fem	%	Masc	%		Graduação	%	Pós-Graduação	%		
Prática em relação ao controle do câncer de mama											
Investiga fatores de risco para o CM					0.4						< 0,005
Sim	115	91.3	38	86.4		26	72.2	127	94.8		
Não	38	8.7	6	13.6		10	27.8	7	5.2		
Adota atitudes singulares em função dos fatores de risco					0.3						0.32
Sim	97	78.9	38	86.4		27	75	108	82.4		
Não	26	21.1	6	13.6		9	25	23	17.6		
Solicita mamografia para rastreamento do CM					0.6						0.05
Sim	125	99.2	44	100		35	97.2	134	100		
Não	1	0.8	0	0		1	2.8	0	0		
Encaminha as mulheres com resultado com suspeita de CM					0.1						0.37
Sim	45	95.7	97	88.2		36	100	131	97.8		
Não	2	4.3	13	11.8		0	0	3	2.2		
Faz busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia											0.84
Sim	82	68.9	30	69.8	0.9	24	70.6	88	68.8		
Não	37	31.1	13	30.2		10	29.4	40	31.3		
Orienta a usuária a examinar as mamas					1.0						0.15
Sim	120	97.6	42	97.7		33	94.3	129	98.5		
Não	3	2.4	1	2.3		2	5.7	2	1.5	Continua	

Continuação

Variáveis	SEXO				valor de p	TÍTULO				valor de p
	Fem	%	Masc	%		Graduação	%	Pós-Graduação	%	
Realiza o exame clínico das mamas para rastreamento					0.2					0.06
Sim	107	92.2	36	85.7		27	81.8	116	92.8	
Não	9	7.8	6	14.3		6	18.2	9	7.2	
Realiza o exame clínico das mamas em caso de queixa específica					0.5					0.60
Sim	117	99.2	43	100		35	100	125	99.2	
Não	1	0.8	0	0		0	0	1	0.8	
Realiza o exame clínico das mamas durante o exame preventivo					0.004					0.14
Sim	121	98.4	37	88.1		31	91.2	127	96.9	
Não	2	1.6	5	11.9		3	8.8	4	3.1	
Realiza o exame clínico das mamas em todas as consultas					0.04					0.24
Sim	5	5	6	15.8		4	12.9	7	6.5	
Não	96	95	32	84.2		27	87.1	101	93.5	
Realiza o exame clínico das mamas por solicitação da mulher					0.12					0.52
Sim	106	94.6	34	87.2		27	90	113	93.4	
Não	6	5.4	5	12.8		3	10	8	6.6	
Orienta as pacientes individualmente					0.44					0.32
Sim	124	99.2	43	97.7		35	97.2	132	99.2	
Não	1	0.8	1	2.3		1	2.8	1	0.8	
Realiza palestras coletivas de orientação.					0.05					0.09
Sim	42	35.3	8	19		7	19.4	43	34.4	
Não	77	64.7	34	81		20	80.6	82	65.6	Continua

Continuação

Variáveis	SEXO				valor de p	TÍTULO				valor de p
	Fem	%	Masc	%		Graduação	%	Pós-Graduação	%	
Orienta através de roda de conversa.					0.14					0.07
Sim	38	31.7	8	19.5		6	16.7	40	32	
Não	82	68.3	33	80.5		30	83.3	85	68	
Fornece informações sobre o CM à paciente					0.29					0.02
Sim	120	95.2	40	90.9		31	86.1	129	96.3	
Não	6	4.8	4	0.1		5	13.9	5	3.7	
Orienta as pacientes sobre os fatores de risco do CM					0.07					0.12
Sim	120	96	39	88.6		31	88.6	128	95.5	
Não	5	4	5	11.4		4	11.4	6	4.5	
Orienta as pacientes sobre as manifestações clínicas do CM					0.49					0.80
Sim	113	89.7	41	93.2		33	91.7	121	90.3	
Não	13	10.3	3	6.8		3	8.3	13	9.7	
Orienta as pacientes a fazerem a mamografia na faixa etária e periodicidade recomendada										P
Sim	126	100	44	100		36	100	134	100	
Não	0	0	0	0		0	0	0	0	
Orienta as pacientes sobre a importância do auto-exame das mamas					0.28					0.08
Sim	110	88	35	81.4		27	77.1	118	88.7	
Não	15	12	8	18.6		8	22.9	15	11.3	

Continua

Conclusão

Variáveis	SEXO				valor de p	TÍTULO				Valor de p
	Fem	%	Masc	%		Graduação	%	Pós-Graduação	%	
Ensina as pacientes a fazerem o auto-exame das mamas					0.01					0.01
Sim	104	83.2	28	63.6		22	62.9	110	82.1	
Não	21	16.8	16	36.4		13	37.1	24	17.9	
Orienta as mulheres sobre o resultado dos exames					0.77					0.59
Sim	123	98.4	43	97.7		34	97.1	132	98.5	
Não	2	1.6	1	2.3		1	2.9	2	1.5	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 31 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer de Mama segundo Capacitação em Câncer de Mama e Tempo de UBS de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	CAPACITAÇÃO EM CA MAMA					TEMPO UBS								valor de p
	< 3anos	%	> 3anos	%	valor de p	< 1 ano	%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	
Prática em relação ao controle do câncer de mama														
Investiga fatores de risco para o CM					0.005									0.05
Sim	50	100	102	85.7		35	79.5	40	90.9	31	93.9	47	95.9	
Não	0	0	17	14.3		9	20.5	4	9.1	2	6.1	2	4.1	
Adota atitudes singulares em função dos fatores de risco					0.48									
Sim	42	84	92	79.3		11	25.6	8	18.6	8	25	5	10.2	
Não	8	16	24	20.7										
Solicita mamografia para rastreamento do CM					0.52									0.41
Sim	50	100	118	99.2		43	97.7	44	100	33	100	49	100	
Não	0	0	1	0.8		1	2.3	0	0	0	0	0	0	
Encaminha as mulheres com resultado com suspeita de CM					0.89									0.76
Sim	49	98	117	98.3		44	100	43	97.7	32	97	48	98	
Não	1	2	2	1.7		0	0	1	2.3	1	3	1	2	
Faz busca ativa das mulheres que não retornaram com o resultado da mamografia					0.07									0.71
Sim	38	79.2	73	64.6		28	70	31	70.5	24	75	29	63	
Não	10	20.8	40	35.4		12	30	13	29.5	8	25	17	37	

Continua

Continuação

Variáveis	CAPACITAÇÃO EM CA MAMA					TEMPO UBS								
	< 3anos	%	> 3anos	%	valor de p	< 1 ano	%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	valor de p
Orienta a usuária a examinar as mamas					0.18									0.28
Sim	50	100	111	96.5		41	95.3	41	95.3	31	100	49	100	
Não	0	0	4	3.5		2	4.7	2	4.7	0	0	0	0	
Realiza o exame clínico das mamas para rastreamento					0.14									0.43
Sim	45	95.7	97	88.2		34	85	39	90.7	27	90	43	95.6	
Não	2	4.3	13	11.8		6	15	4	9.3	3	10	2	4.4	
Realiza o exame clínico das mamas em caso de queixa específica					0.51									0.47
Sim	48	100	111	99.1		42	100	41	100	32	100	45	97.8	
Não	0	0	1	0.9		0	0	0	0	0	0	1	2.2	
Realiza o exame clínico das mamas durante o exame preventivo					0.36									0.28
Sim	48	98	109	94.8		40	93	39	92.9	32	97	47	100	
Não	1	2	6	5.2		3	7	3	7.1	1	3	0	0	
Realiza o exame clínico das mamas em todas as consultas					0.81									0.65
Sim	3	7.1	8	8.3		2	5.6	4	10.8	1	3.7	4	10.3	
Não	39	92.9	88	91.7		34	94.4	33	89.2	26	96.3	35	89.7	

Continua

Continuação

Variáveis	CAPACITAÇÃO EM CA MAMA					TEMPO UBS								
	< 3anos	%	> 3anos	%	valor de p	< 1 ano	%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	valor de p
Realiza o exame clínico das mamas por solicitação da mulher					0.42									0.09
Sim	41	95.3	98	91.6		35	94.6	33	84.6	31	100	41	93.2	
Não	2	4.7	9	8.4		2	5.4	6	15.3	0	0	3	6.8	
Orienta as pacientes individualmente					0.35									0.12
Sim	50	100	116	98.3		43	100	42	95.5	33	100	49	100	
Não	0	0	2	1.7		0	0	2	4.5	0	0	0	0	
Realiza palestras coletivas de orientação.					0.22									0.71
Sim	18	38.3	32	28.3		12	29.3	14	32.6	8	24.2	16	36.4	
Não	29	61.7	81	71.7		29	70.7	29	67.4	25	75.8	28	63.6	
Orienta através de roda de conversa.					0.15									0.05
Sim	17	37	29	25.4		12	27.9	8	19	7	21.2	19	44.2	
Não	29	63	85	74.6		31	72.1	34	81	26	78.8	24	55.8	
Fornece informações sobre o CM à paciente					0.04									0.29
Sim	50	100	109	91.6		39	88.6	43	97.7	31	93.9	47	95.9	
Não	0	0	10	8.4		5	11.4	1	2.3	2	6.1	2	4.1	
Orienta as pacientes sobre os fatores de risco do CM					0.16									0.93
Sim	49	98	109	92.4		40	93	41	93.2	31	93.9	47	95.9	
Não	1	2	9	7.6		3	7	3	6.8	2	6.1	2	4.1	

Continua

Conclusão

Variáveis	CAPACITAÇÃO EM CA MAMA				valor de p	TEMPO UBS								valor de p
	< 3anos	%	> 3anos	%		< 1 ano	%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	
Orienta as pacientes sobre as manifestações clínicas do CM					0.32									0.11
Sim	47	94	106	89.1		39	88.6	43	97.7	31	93.9	41	83.7	
Não	3	6	13	10.9		5	11.4	1	2.3	2	6.1	8	16.3	
Orienta as pacientes a fazerem a mamografia na faixa etária e periodicidade recomendada					p									p
Sim	50	100	119	100		44	100	44	100	33	100	49	100	
Não	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	
Orienta as pacientes sobre a importância do auto-exame das mamas					0.13									0.12
Sim	40	80	104	88.9		33	76.7	39	88.6	28	84.8	45	93.8	
Não	10	20	13	11.1		10	23.3	5	11.4	5	15.2	3	6.3	
Ensina as pacientes a fazerem o auto-exame das mamas					1.00									0.04
Sim	39	78	92	78		28	65.1	34	77.3	26	78.8	44	89.8	
Não	11	22	26	22		15	34.9	10	22.7	7	21.2	5	10.2	
Orienta as mulheres sobre o resultado dos exames					0.16									0.72
Sim	48	96	117	99.2		42	97.7	43	97.7	32	97	49	100	
Não	2	4	1	0.8		1	2.3	1	2.3	1	3	0	0	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 32 - Conhecimento sobre o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Estado Civil e variável Filhos de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

	ESTADO CIVIL						Valor de p	FILHOS						Valor de p
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%		Não tem	%	Um	%	Dois	%	
Conhecimento sobre o controle do Câncer de Colo de Útero														
Faixa etária indicada para rastreamento do CCU							0.91							0.21
Sim	26	47.3	42	43.8	6	46.2		33	54.1	19	39.6	22	40	
Não	29	52.7	54	56.3	7	53.8		28	45.9	29	60.4	33	60	
Periodicidade recomendada para o exame Papanicolaou							0.2							0.57
Sim	35	66	68	72.3	11	91.7		40	67.8	37	77.1	37	71.2	
Não	18	34	26	27.7	1	8.3		19	32.2	11	22.9	15	28.8	
Conhecimento dos fatores protetores contra o câncer de colo de útero														0.58
Vacina tetravalente contra o HPV							0.84							
Sim	54	98.2	96	99	13	100		60	98.4	47	97.9	56	100	
Não	1	1.8	1	1	0	0		1	1.6	1	2.1	0	0	
Exame Preventivo Papanicolaou							0.53							0.76
Sim	45	83.3	84	90.3	12	92.3		50	86.2	44	89.8	47	88.7	
Não	8	14.8	9	9.7	1	7.7		7	12.1	5	10.2	6	11.3	
Não sei	1	1.9	0	0	0	0		1	1.7	0	0	0	0	
Uso de preservativos nas relações sexuais							0.43							0.74
Sim	51	92.7	94	97.9	13	100		57	95	47	97.9	54	96.4	
Não	3	5.5	2	2.1	0	0		2	3.3	1	2.1	2	3.6	
Não sei	1	1.8	0	0	0	0		1	1.7	0	0	0	0	

continua

Conclusão

	ESTADO CIVIL						FILHOS						Valor de p	
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%	Valor de p	Não tem	%	Um	%	Dois		%
Conhecimento dos fatores de risco para o câncer de colo de útero														
Iniciação sexual precoce							0.94							0.78
Adequado	50	92.6	91	91	12	92.3		55	90.2	46	93.9	52	91.2	
Inadequado	4	7.4	9	9	1	7.7		6	9.8	3	6.1	5	8.8	
Multiplicidade de parceiros sexuais							0.76							0.18
Adequado	53	98.1	96	97	13	100		59	98.3	50	100	53	94.6	
Inadequado	1	1.9	3	3	0	0		1	1.7	0	0	3	5.4	
Infecção persistente pelo vírus HPV-16 e HPV-18							0.71							0.38
Adequado	55	100	99	99	12	100		61	100	49	100	56	98.2	
Inadequado	0	0	1	1	0	0		0	0	0	0	1	1.8	
Uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos							0.14							0.08
Adequado	24	46.2	59	61.5	7	70		27	45.8	29	63	34	64.2	
Inadequado	28	53.8	37	38.5	3	30		32	54.2	17	37	19	35.8	
Nuliparidade							0.19							0.43
Adequado	32	62.7	44	48.4	5	41.7		32	56.1	26	56.5	23	45.1	
Inadequado	19	37.3	47	51.6	7	58.3		25	43.9	20	43.5	28	54.9	
Uso de preservativos							0.73							0.69
Adequado	52	98.1	87	96.7	12	100		59	98.3	46	97.9	46	95.8	
Inadequado	1	1.9	3	3.3	0	0		1	1.7	1	2.1	2	4.2	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 33 - Conhecimento sobre o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Tempo de Graduação de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Varáveis	TEMPO DE GRADUAÇÃO								Valor de p
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos	%	
Conhecimento sobre o controle do Câncer de Colo de Útero									
Faixa etária indicada para rastreamento do CCU									0.04
Sim	16	55.2	10	52.6	26	55.3	22	31.9	
Não	13	44.8	9	47.4	21	44.7	47	68.1	
Periodicidade recomendada para o exame Papanicolaou									0.9
Sim	20	69	14	73.7	35	76.1	46	70.8	
Não	9	31	5	26.3	11	23.9	19	29.2	
Conhecimento dos fatores protetores contra o câncer de colo de útero									
Vacina tetravalente contra o HPV									0.71
Sim	29	100	19	100	47	100	69	100	
Não									
Exame Preventivo Papanicolaou									0.09
Sim	21	72.4	17	89.5	42	93.3	61	91	
Não	7	24.1	2	10.5	3	6.7	6	9	
Não sei	1	3.4	0	0	0	0	0	0	
Uso de preservativos nas relações sexuais									0.20
Sim	27	93.1	19	100	47	100	65	94.2	
Não	1	3.4	0	0	0	0	4	5.8	
Não sei	1	3.4	0	0	0	0	0	0	
Conhecimento dos fatores de risco para o câncer de colo de útero									Continua
Conclusão									

Varáveis	TEMPO DE GRADUAÇÃO								Valor de p
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos	%	
Iniciação sexual precoce									
Adequado	26	89.7	18	94.7	45	97.8	64	87.7	0.24
Inadequado	3	10.3	1	5.3	1	2.2	9	12.3	
Multiplicidade de parceiros sexuais									
Adequado	28	96.6	19	100	47	100	69	95.8	0.44
Inadequado	1	3.4	0	0	0	0	3	4.2	
Infecção persistente pelo vírus HPV-16 e HPV-18									
Adequado	29	100	18	100	47	100	72	98.6	0.73
Inadequado	0	0	0	0	0	0	1	1.4	
Uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos									
Adequado	12	41.4	8	44.4	26	56.5	45	68.2	0.06
Inadequado	17	58.6	10	55.6	20	43.5	21	31.8	
PROTEÇÃO									
Nuliparidade									
Adequado	15	55.6	12	66.7	27	61.4	26	40	0.07
Inadequado	12	44.4	6	33.3	17	38.6	39	60	
Uso de preservativos									
Adequado	29	100	18	94.7	4	100	60	95.2	0.29
Inadequado	0	0	1	5.3	0	0	3	4.8	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 34 - Conhecimento sobre o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Faixa Etária de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	Total	%	FAIXA ETÁRIA						valor de p
			Até 29 anos	%	30 a 49 anos	%	> 50 anos	%	
Conhecimento sobre o controle do Câncer de Colo de Útero									
Conhecimento da faixa etária indicada para rastreamento do CCU									
									0.01
Sim	74	45.4	13	56.5	42	53.8	19	30.6	
Não	89	54.6	10	43.5	36	46.2	43	69.4	
Total	163	100	23	100	78	100	62	100	
Conhecimento da periodicidade recomendada para o exame Papanicolaou									
									0.65
Sim	114	72.2	18	78.3	57	73.1	39	68.4	
Não	44	27.8	5	21.7	21	26.9	18	31.6	
Total	158	100	23	100	78	100	57	100	
Conhecimento dos fatores protetores contra o câncer de colo de útero									
Vacina tetravalente contra o HPV									
									0.83
Sim			23	100	78	98.7	61	98.4	
Não			0	0	1	1.3	1	1.6	
Total									
Exame Preventivo Papanicolaou									
									0.02
Sim			16	69.6	70	90.9	54	91.5	
Não			6	26.1	7	9.1	5	8.5	
Não sei			1	4.3	0	0	0	0	
Total									
Uso de preservativos nas relações sexuais									
									0.09
Sim			21	91.3	78	98.7	58	95.1	
Não			1	4.3	1	1.3	3	4.9	
Não sei			1	4.3	0	0	0	0	
Total									

Continua

Conclusão

Variáveis	Total	%	FAIXA ETÁRIA						valor de p
			Até 29 anos	%	30 a 49 anos	%	> 50 anos	%	
Iniciação sexual precoce									
Adequado	153	91.6	20	87	77	96.3	56	87.5	0.12
Inadequado	14	8.4	3	13	3	3.8	8	12.5	
Total	167	100	23	100	80	100	64	100	
Multiplicidade de parceiros sexuais									
Adequado			22	95.7	78	98.7	61	96.8	0.62
Inadequado			1	4.3	1	1.3	2	3.2	
Total			23	100	79	100	63	100	
Infecção persistente pelo vírus HPV-16 e HPV-18									
Adequado			23	100	80	100	62	98.4	0.44
Inadequado			0	0	0	0	1	1.6	
Total			23	100	80	100	63	100	
Uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos									
Adequado			9	39.1	43	54.4	38	67.9	0.05
Inadequado			14	60.9	38	45.6	18	32.1	
Total			23	100	79	100	56	100	
Nuliparidade									
Adequado			12	57.1	45	60	24	41.4	0.09
Inadequado			9	42.9	30	40	34	58.6	
Total			21	100	75	100	58	100	
Uso de preservativos									
Adequado			23	100	73	98.7	52	94.5	0.24
Inadequado			0	0	1	1.3	3	5.4	
Total			23	100	74	100	55	100	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 35- Conhecimento sobre o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Diretrizes do Colo do Útero de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019

Variáveis	DIRETRIZ COLO						valor de p
	SIM	%	NÃO	%	NÃO SEI	%	
Conhecimento sobre o controle do Câncer de Colo de Útero							
Conhecimento da faixa etária indicada para rastreamento do CCU							
Sim	37	47.4	11	61.1	25	38.5	0.20
Não	41	52.6	7	38.9	40	61.5	
Total							
Conhecimento da periodicidade recomendada para o exame Papanicolaou							
Sim	65	84.4	15	83.3	33	54.1	< 0,005
Não	12	15.6	3	16.7	28	45.9	
Total							
Conhecimento dos fatores protetores contra o câncer de colo de útero							
Vacina tetravalente contra o HPV							
Sim	79	100	18	100	64	97	0.23
Não	0	0	0	0	2	3	
Total							
Exame Preventivo Papanicolaou							
Sim	70	90.9	13	81.3	57	87.7	0.57
Não	6	7.8	3	18.8	8	12.3	
Não sei	1	1.3	0	0	0	0	
Total							
Uso de preservativos nas relações sexuais							
Sim	77						0.59
Não	1	97.5	17	94.4	62	95.4	
Não sei	1	1.3	1	5.6	3	4.6	
Total		1.3	0	0	0	0	

continua

Conclusão

Variáveis	DIRETRIZ COLO						valor de p
	SIM	%	NÃO	%	NÃO SEI	%	
Conhecimento dos fatores de risco para o câncer de colo de útero							0.86
Iniciação sexual precoce							
Adequado	74	92.5	16	88.9	59	90.8	
Inadequado	6	7.5	2	11.1	6	9.2	
Total							
Multiplicidade de parceiros sexuais							0.62
Adequado	79	97.5	17	94.4	64	98.5	
Inadequado	2	2.5	1	5.6	1	1.5	
Total							
Infecção persistente pelo vírus HPV-16 e HPV-18							0.59
Adequado	80	98.8	18	100	65	100	
Inadequado	1	1.2	0	0	0	0	
Total							
Uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos							0.08
Adequado	52	67.5	9	52.9	30	49.2	
Inadequado	25	32.5	8	47.1	31	50.8	
Total							
Nuliparidade							0.20
Adequado	33	46.5	11	64.7	37	59.7	
Inadequado	38	53.5	6	35.3	25	40.3	
Total							
Uso de preservativos							0.76
Adequado	70	97.2	17	100	60	96.8	
Inadequado	2	2.8	0	0	2	3.2	
Total							

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 36 - Conhecimento sobre o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Sexo e Título de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	SEXO				Valor de p	TÍTULO				Valor de p
	Fem	%	Masc	%		Graduação	%	Pós-Graduação	%	
Conhecimento sobre o controle do Câncer de Colo de Útero										
Conhecimento da faixa etária indicada para rastreamento do CCU										
Sim	61	50	14	31.8	0.04	16	44.4	59	45.4	0.92
Não	61	50	30	68.2		20	55.6	71	54.6	
Conhecimento da periodicidade recomendada para o exame Papanicolaou										
Sim	91	76.5	24	57.1	0.02	19	55.9	96	75.6	0.02
Não	28	23.5	18	42.9		15	44.1	31	24.4	
Conhecimento dos fatores protetores contra o câncer de colo de útero										
Vacina tetravalente contra o HPV										
Sim	122	98.4	43	100	0.40	36	100	129	98.5	0.46
Não	2	1.6	0	0		0	0	2	1.5	
Exame Preventivo Papanicolaou										
Sim	110	91.7	33	78.6	0.04	30	83.3	113	89.7	0.14
Não	10	8.3	8	19		5	13.9	13	10.3	
Não sei	0	0	1	2.4		1	2.8	0	0	
Uso de preservativos nas relações sexuais										
Sim	122	97.6	38	92.7	0.15	34	94.4	126	96.9	0.16
Não	3	2.4	2	4.9		1	2.8	4	3.1	
Não sei	0	0	1	2.4		1	2.8	0	0	

Continua

Conclusão

Variáveis	SEXO				valor de p	TÍTULO				
	Fem	%	Masc	%		Graduação	%	Pós-Graduação	%	valor de p
Conhecimento dos fatores de risco para o câncer de colo de útero										
Iniciação sexual precoce					0.71					0.19
Adequado	114	91.2	40	93		34	97.1	120	90.2	
Inadequado	11	8.8	3	7		1	2.9	13	9.8	
Multiplicidade de parceiros sexuais					0.26					0.86
Adequado	123	98.4	41	95.3		35	97.2	129	97.7	
Inadequado	2	1.6	2	4.7		1	2.8	3	2.3	
Infecção persistente pelo vírus HPV-16 e HPV-18					0.55					0.60
Adequado	124	99.2	44	100		36	100	132	99.2	
Inadequado	1	0.8	0	0		0	0	1	0.8	
Uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos					0.44					0.86
Adequado	70	59.3	22	52.4		20	58.8	72	57.1	
Inadequado	48	40.7	20	47.6		14	41.2	54	42.9	
Nuliparidade					0.19					0.38
Adequado	56	49.1	25	61		15	45.5	66	54.1	
Inadequado	58	50.9	16	39		18	54.5	56	45.9	
Uso de preservativos					0.93					0.17
Adequado	111	97.4	41	97.6		32	94.1	120	98.4	
Inadequado	3	2.6	1	2.4		2	5.9	2	1.6	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 37 - Conhecimento sobre o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Capacitação em Câncer de Colo de Útero de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019

Variáveis	CAPACITAÇÃO EM CA COLO					valor de p	TEMPO UBS							valor de p
	< 3anos	%	> 3anos	%	< 1 ano		%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	
Conhecimento sobre o controle do Câncer de Colo de Útero														
Conhecimento da faixa etária indicada para rastreamento do CCU														
Sim	22	47.8	53	44.2	0.67	17	38.6	8	63.6	16	50	14	30.4	0.01
Não	24	52.2	67	55.8		27	61.4	16	36.4	6	50	32	69.6	
Conhecimento da periodicidade recomendada para o exame Papanicolaou														
Sim	32	74.4	83	70.3	0.61	24	55.8	29	69	27	81.8	35	81.4	0.03
Não	11	25.6	35	29.7		19	44.2	13	31	6	18.2	8	18.6	
Conhecimento dos fatores protetores contra o câncer de colo de útero														
Vacina tetravalente contra o HPV														
Sim	46	97.9	119	99.2	0.49	43	97.7	44	100	33	100	45	97.8	0.63
Não	1	2.1	1	0.8		1	2.3	0	0	0	0	1	2.2	
Exame Preventivo Papanicolaou														
Sim	40	87	103	88.8	0.73	38	86.4	39	88.6	29	93.5	37	86	0.71
Não	6	13	12	10.3		5	11.4	5	11.4	2	6.5	6	14	
Não sei	0	0	1	0.9		1	2.3	0	0	0	0	0	0	
Uso de preservativos nas relações sexuais														
Sim	48	100	112	94.9	0.28	41	93.2	44	100	32	97	43	95.6	0.56
Não	0	0	5	4.2		2	4.5	0	0	1	3	2	4.4	
Não sei	0	0	1	0.8		1	2.3	0	0	0	1	1	0	

Continua

Conclusão

Variáveis	CAPACITAÇÃO EM CA COLO					TEMPO UBS								
	< 3anos	%	> 3anos	%	Valor de p	< 1 ano	%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	Valor de p
Conhecimento dos fatores de risco para o câncer de colo de útero														
Iniciação sexual precoce					0.22									0.93
Adequado	46	95.8	108	90		40	93	40	93	30	90	44	89.8	
Inadequado	2	4.2	12	10		3	7	3	7	3	9.1	5	10.2	
Multiplicidade de parceiros sexuais					0.89									0.62
Adequado	46	97.9	118	97.5		43	100	43	97.7	32	97	46	95.8	
Inadequado	1	2.1	3	2.5		0	0	1	2.3	1	3	2	4.2	
Infecção persistente pelo vírus HPV-16 e HPV-18					0.53									0.48
Adequado	47	100	121	99.2		44	100	44	100	32	100	48	98	
Inadequado	0	0	1	0.8		0	0	0	0	0	0	1	2	
Uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos					0.45									0.76
Adequado	28	62.2	64	55.7		21	51.2	25	56.8	18	60	28	62.2	
Inadequado	17	37.8	51	44.3		20	48.8	19	43.2	12	40	17	37.8	
Nuliparidade					0.73									0.43
Adequado	21	50	60	53.1		20	50	21	52.5	20	64.5	20	45.5	
Inadequado	21	50	53	46.9		20	50	19	47.5	11	35.5	24	54.5	
Uso de preservativos					0.31									0.56
Adequado	41	95.3	111	98.2		39	95.1	4	97.6	29	96.7	43	100	
Inadequado	2	4.7	2	1.8		2	4.9	1	2.4	1	3.33	0	0	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 38 - Práticas e atitudes para o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Estado Civil e variável Filhos de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.

	ESTADO CIVIL						Valor de p	Não tem	%	FILHOS				Valor de p
	Solteiro	%	Casado	%	Separado/ viúvo	%				Um	%	Dois	%	
Práticas sobre o controle do Câncer de Colo de Útero														
Investiga fator de risco														
Sim	27	50.9	54	54.5	10	76.9	0.24	34	56.7	26	52	31	56.4	0.86
Não	26	49.1	45	45.5	3	23.1		26	43.3	24	48	24	43.6	
Faz busca ativa das mulheres que faltaram a consulta e a coleta														
Sim	29	53.7	61	61.6	8	61.5	0.62	34	56.7	31	63.3	33	57.9	0.77
Não	25	46.3	38	38.4	5	38.5		26	43.3	18	36.7	2	42.1	
Faz busca ativa das mulheres com resultado com suspeita de malignidade														
Sim	49	90.7	97	98	13	100	0.07	56	93.3	47	95.9	56	98.2	0.42
Não	5	9.3	2	2	0	0		4	6.7	2	4.1	1	1.8	
Faz o seguimento das mulheres com diagnóstico par o CCU														
Sim	47	85.5	84	85.7	12	92.3	0.79	50	82	40	81.6	53	94.6	0.08
Não	8	14.5	14	14.3	1	7.7		11	18	9	18.4	3	5.4	
Faz reunião educativa para as usuárias sobre o controle do CCU														
Sim	24	44.4	49	51.6	7	58.3	0.76	29	48.3	24	49	27	51.9	0.67
Não	30	55.6	45	48.4	5	41.7		31	51.7	25	51	25	48.1	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 39- Práticas e atitudes para o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Tempo de Graduação de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Varáveis	TEMPO DE GRADUAÇÃO								Valor de p
	1 a 5 anos	%	6 a 10 anos	%	11 a 20 anos	%	> 20 anos	%	
Práticas sobre o controle do Câncer de Colo de Útero									
Investiga fator de risco									
Sim	17	0.7	7	36.8	29	61.7	39	54.9	0.29
Não	11	39.3	12	63.2	18	38.3	32	45.1	
Faz busca ativa das mulheres que faltaram a consulta e a coleta									
Sim	110	35.7	9	47.4	32	68.1	48	66.7	0.01
Não	18	64.3	10	52.6	15	31.9	24	33.3	
Faz busca ativa das mulheres com resultado com suspeita de malignidade									
Sim	25	86.2	18	94.7	46	100	71	98.6	0.01
Não	4	13.8	1	5.3	0	0	1	1.4	
Faz o seguimento das mulheres com diagnóstico par o CCU									
Sim	23	79.3	17	89.5	39	84.8	63	87.5	0.71
Não	6	20.7	2	10.5	7	15.2	9	12.5	
Faz reunião educativa para as usuárias sobre o controle do CCU									
Sim	6	21.4	7	38.9	28	60.9	39	56.5	0.02
Não	22	78.6	11	61.1	18	39.1	30	43.4	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 40- Práticas e atitudes para o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Faixa Etária de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.

Variáveis	Total	%	FAIXA ETÁRIA						Valor de p
			Até 29 anos	%	30 a 49 anos	%	> 50 anos	%	
Práticas sobre o controle do Câncer de Colo de Útero									
Investiga fator de risco									
									0.97
Sim	91	55.5	13	56.5	43	54.4	35	56.5	
Não	73	44.5	10	43.5	36	45.6	27	43.5	
Faz busca ativa das mulheres que faltaram a consulta e a coleta									
									0.04
Sim	98	59.4	8	36.4	52	65.8	38	59.4	
Não	67	40.6	14	63.6	27	34.2	26	40.6	
Faz busca ativa das mulheres com resultado com suspeita de malignidade									
									0.03
Sim	159	96.4	20	87	76	97.4	63	98.4	
Não	6	3.6	3	13	2	2.6	1	0.6	
Faz o seguimento das mulheres com diagnóstico para o CCU									
									0.86
Sim	142	86.1	19	82.6	68	87.2	55	85.9	
Não	23	13.9	4	17.4	10	12.8	9	14.1	
Faz reunião educativa para as usuárias sobre o controle do CCU									
									0.14
Sim	79	49.4	6	27.3	40	51.9	33	54.1	
Não	80	50	16	72.7	37	48.1	27	44.3	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 41- Práticas e atitudes para o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Diretrizes do Câncer de Colo de útero de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, MG, 2019.

Variáveis	DIRETRIZ COLO						Valor de p
	SIM	%	NÃO	%	NÃO SEI	%	
Práticas sobre o controle do Câncer de Colo de Útero							
Investiga fator de risco							0.01
Sim	54	67.5	7	38.9	30	46.9	
Não	26	32	11	61.1	34	53.1	
Faz busca ativa das mulheres que faltaram a consulta e a coleta							0.38
Sim	52	65.8	11	61.1	36	54.5	
Não	27	34.2	7	38.9	30	45.5	
Faz busca ativa das mulheres com resultado com suspeita de malignidade							0.16
Sim	79	98.8	17	94.4	60	92.3	
Não	1	1.3	1	5.6	5	7.7	
Faz o seguimento das mulheres com diagnóstico para o CCU							0.45
Sim	69	87.3	17	94.4	55	83.3	
Não	10	12.7	1	5.6	11	16.7	
Faz reunião educativa para as usuárias sobre o controle do CCU							0.01
Sim	51	65.4	8	44.4	23	37.1	
Não	26	33.3	10	55.6	39	62.9	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 42- Práticas e atitudes para o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Sexo e Título de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	SEXO				valor de p	TÍTULO				valor de p
	Fem	%	Masc	%		Graduação	%	Pós-Graduação	%	
Práticas sobre o controle do Câncer de Colo de Útero										
Investiga fator de risco					0.46					0.56
Sim	67	54	26	60.5		21	60	72	54.5	
Não	57	46	17	39.5		14	40	60	45.5	
Faz busca ativa das mulheres que faltaram a consulta e a coleta										
Sim	7	59.7	26	59.1	0.95	15	42.9	85	63.9	0.02
Não	50	40.3	40.9	40.9		20	57.1	48	36.1	
Faz busca ativa das mulheres com resultado com suspeita de malignidade										
Sim	120	96.8	41	93.2	0.31	33	91.7	128	97	0.16
Não	4	3.2	3	6.8		3	8.3	4	3	
Faz o seguimento das mulheres com diagnóstico para o CCU										
Sim	109	87.9	35	79.5	0.17	27	75	117	88.6	0.04
Não	15	12.1	9	20.5		9	25	15	11.4	
Faz reunião educativa para as usuárias sobre o controle do CCU										
Sim	66	54.5	16	38.1	0.14	10	28.6	72	56.2	0.01
Não	54	44.6	26	61.9		25	71.4	56	43.8	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 43- Práticas e atitudes para o controle do Câncer do Colo do Útero segundo Capacitação em Câncer de Mama e Tempo de UBS de médicos e enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2019.

Variáveis	CAPACITAÇÃO EM CA COLO				valor de p	TEMPO UBS								valor de p
	< 3anos	%	> 3anos	%		< 1 ano	%	1 A 5 anos	%	6 A 10 anos	%	> 10 anos	%	
Práticas sobre o controle do Câncer de Colo de Útero														
Investiga fator de risco					0.53									0.29
Sim	28	59.6	65	54.2		23	53.5	26	60.5	14	42.4	30	62.5	
Não	19	40.4	55	45.8		20	46.5	17	39.5	19	57.6	18	37.5	
Faz busca ativa das mulheres que faltaram a consulta e a coleta					0.08									0.01
Sim	33	70.2	67	55.4		18	40.9	23	53.5	24	72.7	35	72.9	
Não	14	29.8	54	44.6		26	59.1	20	46.5	9	27.3	13	27.1	
Faz busca ativa das mulheres com resultado com suspeita de malignidade					0.39									0.28
Sim	47	97.9	114	95		40	93	41	93.2	32	97	48	100	
Não	1	2.1	6	5		3	7	3	6.8	1	3	0	0	
Faz o seguimento das mulheres com diagnóstico para o CCU					0.94									0.73
Sim	41	85.4	103	85.8		36	81.8	37	86	30	90.9	41	85.4	
Não	7	14.6	17	14.2		8	18.2	6	14	3	9.1	7	14.6	
Faz reunião educativa para as usuárias sobre o controle do CCU					0.35									0.18
Sim	27	58.7	55	47.9		14	34.1	24	54.5	17	53.1	27	58.7	
Não	19	41.3	61	52.1		27	65.9	20	45.5	15	46.9	18	39.1	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

ANEXO A _ Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Conhecimentos e práticas de profissionais e usuários da atenção básica sobre o controle do câncer de mama e de colo do útero

Pesquisador: MARCIA DE CASTRO MARTINS FERREIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 02584318.8.0000.5147

Instituição Proponente: Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.415.835

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, onde um questionário auto preenchível será aplicado aos profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Básica e outro será aplicado às usuárias das mesmas unidades na faixa etária de 25 a 69 anos, selecionadas aleatoriamente dentro deste universo num total de 385. O estudo transversal permite que todas as medidas sejam realizadas em um único momento, não existindo período de seguimento dos indivíduos. A utilização do estudo transversal é apropriada neste caso, pois permite descrever as variáveis que poderão caracterizar os fatores preponderantes no processo de investigação dos conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais e das usuárias da Atenção Básica sobre o câncer de mama e o câncer de colo de útero, informando a situação no momento da coleta dos dados. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar e analisar os conhecimentos, atitudes e práticas de médicos, enfermeiros e usuárias da Atenção Básica sobre as ações de controle preconizado pelas diretrizes do Ministério da Saúde para o câncer de mama e de colo de útero.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **Cidade:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** oep.procesq@ufjf.edu.br



Contrato de Pesquisa 3.415.836

Objetivo Secundário:

- 1- Caracterizar os profissionais de saúde segundo dados de formação e capacitação profissional, educação continuada e permanente;
- 2- Descrever as variáveis de conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde e usuários;
- 3- Identificar os fatores associados ao desfecho;
- 4- Buscar os entraves a performance dos profissionais;
- 5- Caracterizar os profissionais e os usuários segundo características sociodemográficas e se estão associadas com o desfecho.

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos, de tempo disponibilizado para a entrevista e a possibilidade de se sentirem incomodados(as) com o conteúdo das perguntas, podendo caso queiram, interromper a entrevista/questionário, e a possibilidade de identificação serão controlados, os questionários não incluem itens como nomes ou endereços, sendo opcional a referência a unidade de saúde. Todos os questionários serão colocados num único envelope pardo sem quaisquer identificações e os TCLE serão colocados em outro envelope pardo à parte. Assumimos o compromisso de manter o sigilo da identidade dos participantes. Como benefício espera-se que a pesquisa ajudará, na função dos dados levantados, a planejar estratégias de educação e saúde junto os usuários e de educação permanente junto aos profissionais. Seus resultados poderão contribuir para o aprimoramento no atendimento nas Unidades de Saúde, contribuindo para aumentar a cobertura das ações de controle e a redução na mortalidade por estes cânceres. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III, III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 35.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32) 2102-3788 Fax: (32) 2102-3788 E-mail: oep.proposa@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.415.825

também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1386904_E1.pdf	26/06/2019 12:32:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoModeloAdendo260819.docx	26/06/2019 12:30:58	Mário Cino Nogueira	Aceito
Outros	questionanorevisado.pdf	29/11/2018 14:12:18	MARCIA DE CASTRO MARTINS FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuariarev.pdf	29/11/2018 13:57:58	MARCIA DE CASTRO MARTINS FERREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofrevisto.pdf	29/11/2018 13:57:23	MARCIA DE CASTRO MARTINS FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinada.pdf	09/11/2018 09:12:21	Mário Cino Nogueira	Aceito
Outros	Questionanousuanas.pdf	23/10/2018 16:02:28	MARCIA DE CASTRO MARTINS FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	23/10/2018 12:30:40	MARCIA DE CASTRO MARTINS FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER SN
 Bairro: SAO PEDRO Cid: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.415.826

JUIZ DE FORA, 26 de Junho de 2019

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KILMER S/N
Bairro: SAO PEDRO Cid: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 e-mail: oep.proposa@ufjf.edu.br

ANEXO B _ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conteremos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **"Conhecimentos e práticas de profissionais e usuários de atenção básica sobre o controle do câncer de mama e de colo de útero."** O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a magnitude de dois dos principais cânceres que acometem as mulheres, o câncer de mama e de colo de útero e a possibilidade de prevenção e diagnóstico precoce, destas neoplasias, com consequente melhoria do prognóstico. Nesta pesquisa pretendemos identificar e analisar os conhecimentos, atitudes e práticas de Atenção Básica sobre as ações de controle, preconizadas pelas diretrizes do Ministério da Saúde, para o câncer de mama e de colo de útero.

Caso você concorde em participar, vamos fazer a seguinte atividade com você. Inicialmente faremos um questionário que você deverá responder, sem consulta, da maneira que lhe parecer a mais correta. Esta pesquisa tem riscos mínimos, apenas disponibilizará um tempo para o preenchimento do questionário e há possibilidade de que alguma se sinta incomodada(s) com o conteúdo das perguntas, mas caso queira, pode interrompê-la. Quanto à possibilidade de identificação, os questionários não incluem itens como nomes ou endereços, sendo opcional a referência a unidade de saúde, que talvez possam levar a uma possível identificação, todos serão colocados num único envelope sendo sem qualquer identificação, e assumimos o compromisso de manter o sigilo sobre sua identidade. A pesquisa pode ajudar, em função dos dados levantados, a planejar estratégias de educação e saúde junto às usuárias e de educação permanente junto aos profissionais. Seus resultados poderão favorecer o aprimoramento no atendimento nas Unidades de Saúde, contribuindo para aumentar a cobertura das ações de controle e a redução na mortalidade por estes cânceres.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fazemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é tratado(a) pelos gestores. O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indica sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores trabalharão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 400/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declino que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__ .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador (responsável): Maria de Castro Martins Ferrares
Campus: Universidade de UFJF
Faculdade de Medicina/Departamento: Saúde Coletiva Instituto: NAI/ES
Cel(1): 39928-000
Fone: (32) 46612-1838
mariaojc1193@gmail.com.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá contatar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisas
CEP: 36006-000
Fone: (32) 2102-3786 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO C _ Carta de anuência**DECLARAÇÃO**

Eu, **Thiago Horta**, na qualidade de responsável pela **Subsecretaria de Atenção Primária da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora**, autorizo a realização da pesquisa intitulada "**Conhecimentos e práticas de profissionais e usuários da atenção básica sobre o controle do câncer de mama e de colo de útero**" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador **Márcia de Castro Martins Ferreira**; e **DECLARO** que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 22 de outubro de 2018.

ASSINATURA

Thiago Augusto C. Horta
Subsecretário de Atenção
Primária à Saúde

(carimbo da Instituição)