UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

MARIA REGINA BERNARDO DA SILVA

O CONHECIMENTO, A ATITUDE E A PRÁTICA DE MULHERES NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA ZONA OESTE, RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO
2010

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

MARIA REGINA BERNARDO DA SILVA

O CONHECIMENTO, A ATITUDE E A PRÁTICA DE MULHERES NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA ZONA OESTE, RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família.
Orientador: Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva

Rio de Janeiro
2010

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu amado, aos meus filhos e amigos, que sempre estiveram ao meu lado com compreensão e cumplicidade.

Ao Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva, com quem muito aprendi com seu entusiasmo no buscar e no fazer, pela confiança, apoio e paciência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter iluminado o meu caminho, proporcionando-me saúde para a realização deste estudo.

A minha querida filha Raquel que, durante a realização desta dissertação, vivenciou comigo momentos de angústia e emoção.

Em especial ao meu querido LILA, companheiro de trinta e tantos anos, que participou intensamente desse meu sonho, esteve todo o tempo junto, apoiando-me em todos os momentos.

Aos meus queridos Rafael e Monique, compreendendo os atrasos, as faltas e visitas ao Gabriel e sua família.

À minha querida mãe, pelo incentivo e carinho durante toda a minha jornada.

Ao Dr. José Antonio Gonçalves Rodrigues, Diretor da Unidade Básica, por ter facilitado o desenvolvimento desta pesquisa.

À Enfermeira Ediomária, que muito contribuiu flexibilizando meus horários, com isso permitindo que eu vencesse este desafio.

À minha secretária Rosa, que me deu força e carinho nas horas difíceis.

À Professora Drª Zeilma da Cunha, pela compreensão e confiança na conclusão desta pesquisa.

À Professora Drª Carmen Justina Gamarra, pela sua gentileza e contribuição.

Aos meus colegas de curso, pelas valiosas sugestões fornecidas.

Às mulheres que foram personagens integrantes desta pesquisa.

À Aline Luna, Secretária do Mestrado, e à Enfermeira Marcia Cristina, pela dedicação, apoio e carinho.

À minha querida amiga Patricia Macedo Pinho, que muito contribuiu e colaborou nos momentos mais difíceis da pesquisa.

E ao meu Orientador, Prof. Dr.Luiz Guilherme Pessoa da Silva, com quem muito aprendi, com sua alegria, energia e que me acolheu acreditando em mim, no meu potencial, compreendendo as dificuldades existentes com muita sabedoria e paciência.

RESUMO

O Câncer de colo uterino apresenta altos índices de morbimortalidade no Brasil, apesar dos programas de prevenção à saúde da mulher do Ministério da Saúde. O exame Papanicolaou é o método mais importante de rastreamento do Câncer de útero e ainda existe muita incidência da doença, especificamente no Rio de Janeiro, onde estão previstos 2080 casos no ano de 2010. Objetivando identificar o conhecimento, a atitude e a prática da prevenção de câncer de colo uterino, realizou-se um estudo descritivo de natureza transversal em 206 mulheres, de 20 a 59 anos de idade, assistidas em uma Unidade Básica de Saúde da Zona Oeste do Rio de Janeiro, no período de novembro de 2009 a janeiro de 2010. As respostas foram descritas quanto às características sociais, demográficas e clinicas, utilizando um questionário estruturado, adaptado de Gamarra, 2004. Os resultados revelaram que a totalidade das mulheres já ouviu falar do exame (92,5%) e utilizam o exame de forma adequada. Em relação à atitude, a maioria das mulheres entrevistadas (77%) acha necessária a realização do exame e 82,5% informaram ter feito o exame pelo menos uma vez na vida. E em relação à prática, mais da metade das mulheres procuraram a unidade para prevenção em outras clínicas, sendo 33,5% na clinica ginecológica; e 77,3% realizaram o exame nos últimos 3 anos. As barreiras mais citadas para não realizar o exame foram o descuido e não sentir dor. As características sociais, demográficas e clínicas não influenciaram de modo significativo na adequação do conhecimento, exceto a ESF em que as mulheres dela oriundas revelaram 100% de conhecimento prévio do exame. Na adequação das atitudes, observou-se que as mulheres que tiveram consulta nos últimos 12 meses e as que referiram antecedentes com câncer na família se adequaram de modo significativo à atitude frente ao exame, e 51,5% relataram ter feito poucos exames. As mulheres mais jovens, com maior paridade, com história de DST e antecedentes de câncer, apresentaram adoção de boas práticas referente à realização do exame. Sugere-se medidas para redução de barreiras para maior adesão e educação em saúde para boas práticas do exame Papanicolaou. **Conclusões**: Os dados apontam para a necessidade de ampliação de atividades preventivas de acordo com as necessidades apresentadas pelas mulheres de maneira mais precoce e efetiva.

Palavras-chave: Prevenção do Câncer de Colo Uterino. Conhecimento, atitude e prática do exame Papanicolaou.

ABSTRACT

Cancer of the uterus shows high rates of morbid-mortality in Brazil, despite prevention programs in women's health in the National Health department The Pap smear is the most important method of scanning for cancer of the uterus and there are still a high incidence of disease specifically in Rio de Janeiro where 2080 cases are expected in 2010. To identify the knowledge, attitude and practice of preventing uterine cancer, we carried out a cross-sectional descriptive study of 206 women, 20 to 59 years old, attended in a Basic Health Unit of the West Rio de Janeiro, from November 2009 to January 2010. The responses were described as characteristics of social, demographic and clinical, using a structured questionnaire, adapted from Gamarra, 2004. The results revealed that all women have heard in the survey was 92.5% and used the test properly. Regarding the attitude 77% of women found it necessary to perform the exam and 82.5% reported having the test done at least once in their life and the practice more than half of women tried to prevent the unit in which 33 other clinics, 5% in gynecologic clinic and 77.3% underwent the exam in the last 3 years, as the barriers most often cited for not conducting the review were the carelessness and not feeling pain. The social, demographic clinics did not influence significantly on the adequacy of knowledge except the women from the FHS showed that 100% of prior knowledge of the exam. The adequacy of attitudes showed that women who attended in the last 12 months and who reported family history of cancer in the family have adjusted significantly the attitude towards the test and 51.5% reported having done a few tests. Younger women, higher parity with a history of STD, and family history of cancer were adopting good practices for conduct of the examination. It is suggested measures to reduce barriers to greater involvement and health education to good practice in the PAP smear. Conclusions: These data demonstrate the need to increase preventive activities in accordance with the needs presented by women so earlier and more effective.

Keywords: Prevention of uterine cancer. Knowledge, attitude and practice of the former PAP.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

FIGURA 1:	Mapa do Rio de Janeiro por área Programática	50
QUADRO 1:	Exames Papanicolaou colhidos em 2008 UBS M. Goto	47
QUADRO 2:	Adequação do conhecimento, atitudes e práticas	58
TABELA 1:	Casos Novos previstos de Câncer em 2010	22
TABELA 2:	Distribuição quanto aos domicílios das entrevistadas	63
TABELA 3:	Distribuição quanto á situação sócio-econômica e escolaridade	65
TABELA 4:	Distribuição segundo origem das clinicas de atendimento	66
TABELA 5:	Distribuição da utilização dos serviços de saúde	67
TABELA 6:	Distribuição quanto á saúde reprodutiva	68
TABELA 7:	Distribuição quanto antecedentes familiares com câncer	69
TABELA 8:	Distribuição segundo a origem das informações sobre o conhecimento do exame Papanicolaou	70
TABELA 9:	Distribuição segundo o conhecimento em relação ao local da coleta do Exame Papanicolaou	71
TABELA 10:	Distribuição segundo a importância do conhecimento em relação a realização do exame Papanicolaou	72
TABELA 11:	Distribuição sobre o conhecimento do exame Papanicolaou	73
TABELA 12:	Distribuição segundo o conhecimento em relação a finalidade do exame Papanicolaou	74
TABELA 13:	Distribuição sobre o conhecimento sobre o câncer de colo de útero	75
TABELA 14:	Distribuição da adequação do conhecimento em relação as variáveis de natureza clinica e sóciodemográfica	76
TABELA 15:	Distribuição segundo o número de vezes que procuraram a unidade para saber sobre a sua própria saúde nos últimos 12 meses	78

TABELA 16: Distribuição do número de vezes que realizou o Papanicolaou durante a vida 79
TABELA 17: Distribuição quanto a atitude em relação a importância do exame Papanicolaou 79
TABELA 18: Distribuição da adequação da atitude em relação a variáveis clinicas e sóciodemográficas 80
TABELA 19: Distribuição da realização correta do exame Papanicolaou 81
TABELA 20: Distribuição da realização correta do exame Papanicolaou 82
TABELA 21: Distribuição em relação às barreiras para a prática do exame Papanicolaou 83
TABELA 22: Distribuição da adequação das práticas em relação a variáveis clinicas e sócio-demográficas 84

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO **13**

2 - JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO **18**

3 – REFERENCIAL TEÓRICO **21**

3.1. Câncer de Colo de Útero 21

3.2. Políticas de Saúde e Prevenção á Saúde da Mulher 29

3.3 O Exame Papanicolaou na Prevenção e o Controle do CCU 35

3.4 A ESF da área Adstrita da pesquisa e a prevenção do CCU 39

3.5 A Atitude das Mulheres na Atenção Básica de Saúde na prevenção do CCU 44

3.6. Prevenção do CCU na Consulta de Enfermagem e Comunicação do Enfermeiro 47

3.7. Características do Local de Estudo: AP 5.1 Zona Oeste, RJ 49

4 – OBJETIVOS **53**

5 – MATERIAL E MÉTODO **54**

5.1. Desenho do Estudo 54

5.2. Campo de Estudo 54

5.3. População Alvo 56

5.4 Critérios de Inclusão 56

5.5 Critérios de Exclusão 57

5.6 População de Estudo 57

5.7 Definição de Descritores 57

5.8 Fontes de Informação 59

5.9 Variáveis do Estudo 59

5.10 Análise Estatística 61

5.11 Considerações de Natureza Ética 62

6 - RESULTADOS **63**

7 - DISCUSSÃO **85**

CONSIDERAÇÕES FINAIS **99**

REFERÊNCIAS **104**

APÊNDICES **114**

ANEXOS **125**

1 INTRODUÇÃO

O interesse por este projeto nasceu no meu dia a dia quando, atuando profissionalmente como enfermeira, com um grupo de mulheres em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), constatei que elas buscavam atendimento ginecológico, embora poucos soubessem a respeito do exame Papanicolaou e da sua importância na prevenção do câncer de colo do útero.

Observei também, no decorrer das minhas atividades, que a atuação do profissional de saúde junto às mulheres, na perspectiva de emancipá-las, vem acontecendo, e também, que a maioria dos projetos trabalham o tema com uma visão meramente informativa. É importante que as abordagens sejam educativas, para que as mulheres reflitam sobre a importância da prevenção do câncer e, assim, possam sentir-se protagonistas nesta relação.

Considero que a construção de um objeto de estudo não se dá de forma neutra e desinteressada. Ao contrário, para sua elaboração entrelaçam-se nitidamente o avanço do conhecimento acadêmico e os diferentes aspectos relacionados à minha experiência pessoal e profissional. Esta afirmação expressa a minha trajetória de vida, sempre buscando situar as mulheres nos contextos de ensino e profissional, resultando em que, cada vez mais, persistam inquietações relacionadas com as questões que elas vivenciam, principalmente no tocante à saúde.

Desenvolver esta dissertação, está sendo mais do que um trabalho visando a aprovação no Curso de Mestrado,; representa, sobretudo, um desafio complexo que atenderá, simultaneamente, as exigências da Linha de Pesquisa do Mestrado em

Estratégia de Saúde da Família (ESF) e responderá aos meus questionamentos como Mulher, Mãe e Enfermeira.

Foi também um estímulo no sentido de desvelar aspectos de uma problemática que requer a atenção e a integração das várias áreas do conhecimento, já que o câncer de colo útero é considerado um problema de saúde pública que atinge todas as camadas sociais e regiões econômicas do país, sendo a terceira causa de morte de mulheres no Brasil (INCA,2009).

No contexto de um projeto dinamizador do Sistema Único de Saúde (SUS), condicionado pela evolução histórica da organização do Sistema de Saúde no Brasil, este estudo objetiva investigar as mulheres usuárias de uma Unidade Básica de Saúde da Zona Oeste do Rio de Janeiro, buscando compreender como acontece o conhecimento, a atitude e a prática das mesmas sobre prevenção do câncer de colo do útero, rastreamento do programa do câncer de colo do útero, análise da cobertura do exame preventivo, demanda das mulheres no monitoramento da saúde, aperfeiçoamento da capacidade de prevenção e utilização do exame preventivo como possibilidade de diagnóstico ou medida preventiva para o câncer.

Muitas mulheres referiram que freqüentam as Unidades de saúde por motivos diversos relacionados com a gestação, para tratar algum problema de sua saúde, para levar o filho ao médico, fazer exames ou ir ao cirurgião dentista. Sendo assim, essas situações evidenciavam oportunidades perdidas de prevenção, porque nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil existem Programas voltados para a saúde da mulher, e o de Prevenção do Câncer de Colo de Útero, em especial, é bastante divulgado pela televisão, rádio e instituições de saúde em geral (INCA, 2008).

Atualmente, a prevenção primária tem incluído, além das promoções em saúde, o rastreamento de mulheres sexualmente ativas através do exame colpo citopatológico que vem sido realizado, principalmente nas UBS, por profissionais de saúde qualificados (RADIS, 2006). A utilização deste exame no rastreamento do câncer de colo de útero possibilita sua prevenção, visto que identifica lesões ainda em estágios anteriores à neoplasia, tornando o diagnóstico precoce um eficiente caminho para a sua prevenção (PINHO et al., 2003).

Portanto, os profissionais da saúde têm papel primordial na prevenção deste tipo de câncer, pois pode identificá-lo tanto na assistência primária, ao desenvolver ações de planejamento, controle e supervisão de programas, quanto na assistência secundária, durante a realização do exame Papanicolaou, contribuindo assim, para o diagnóstico precoce da doença.

No Brasil, foram implementadas ações governamentais e individuais nas últimas décadas, a fim de aumentar a cobertura populacional do exame Papanicolaou. Um dos maiores programas lançados através do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer (INCA), foi o “Viva Mulher”, com o objetivo de diminuir a incidência e a mortalidade por câncer de colo uterino, mediante ampliação do acesso das mulheres ao exame Papanicolaou, priorizando e garantindo tratamento daquelas afetadas pela doença (INCA, 2002).De acordo com normalização do Ministério da Saúde (MS), deverão ser priorizadas as mulheres que nunca realizaram o exame e as que estiverem na faixa etária reprodutiva.

A saúde da mulher sob a visão da saúde pública ganha outro significado devido ao expressivo aumento da morbimortalidade feminina nas últimas décadas.

O aumento da expectativa de vida, as alterações nos hábitos diários e o processo de industrialização, são fatores que corroboram para esta mudança no quadro epidemiológico deste gênero (BRITO, NERY, TORRES, 2007).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 2020 estima-se o diagnóstico de 15 milhões de novos casos de câncer ao ano, sendo que aproximadamente 70% desses tumores ocorrerão em países dos quais apenas 5% possuem recursos para o controle da doença (NETO et al., 2001).

O câncer de colo do útero representa a segunda causa de morte por câncer em mulheres brasileiras, superado apenas por neoplasias mamárias (BRASIL, 2000; NETO et al., 2001; BRITO, NERY, TORRES, 2007). Todavia, diferente do câncer de mama, o câncer de colo do útero pode ser prevenido com medidas de fácil execução e de baixo custo (BRASIL, 2004).

Iniciativas como a ampliação dos recursos humanos capacitados para a coleta de citopatológico do colo do útero, a criação de atenção secundária nos casos iniciais e a organização de fluxo de atenção a todos os níveis, definiram um sistema integrado de atenção a esta patologia, garantindo a melhora da assistência ao programa, visando diminuir a mortalidade deste tipo de câncer (CARDOSO et,al.2006).

Considera-se hoje que a melhor arma para o combate à redução das taxas de morbimortalidade do câncer de colo do útero é a prevenção, facilitando o acesso das mulheres ao exame Papanicolaou, o conhecimento sobre os benefícios deste exame em suas vidas e a necessidade de enfrentamento do problema ao terem conhecimento dos resultados obtidos. Nesse sentido, elas devem ser incentivadas a ter consciência da importância do autocuidado e da prevenção em relação a este

tipo de câncer, não permitindo que sentimentos como medo, ansiedade e estresse inviabilizem a atenção que devem ter com o próprio corpo.

O fato de as mulheres procurarem os serviços de saúde, devido ao Programa de Câncer de Colo do Útero (PCCU) ser oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), possibilita-lhes realizar o Papanicolaou. A busca pela UBS decorre de terem ouvido falar da existência do Programa através do rádio e das instituições de saúde. O Programa tem como objetivo oferecer assistência no controle do CCU a fim de evitar, o quanto possível, a ocorrência de neoplasias malignas, em especial nas mulheres com baixa escolaridade, baixa renda familiar e história de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque as estatísticas mostram que estas apresentam os maiores índices de mortalidade e de incidência por causa do câncer de colo do útero.

Diante do exposto, o objeto desta pesquisa foi identificar o conhecimento e a atitude das mulheres acerca da prevenção do câncer de colo do útero e a relação com as suas práticas.

2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Justifica-se a prática em saúde, no que tange às ações voltadas para o conhecimento, a adesão e a atitude no campo da Atenção Primária em Saúde do programa previsto nas políticas de atenção à saúde da mulher e de promoção da saúde.

A importância desta pesquisa consiste em contribuir no campo da produção de conhecimento na área temática, visando possibilitar a sistematização da prática. Foram enfocados os conhecimentos, a atitude e a prática de ações visando a prevenção do câncer de colo do útero nas mulheres com vida sexual, ativas ou não; o rastreamento precoce, que apresenta singularidades quando comparado com outras doenças; as ações que vão desde a eliminação de fatores causais ou de risco até a prevenção secundária, que é o procedimento do exame preventivo, e ainda, o tratamento precoce que pode levar à cura.

É fato que o câncer de colo de útero ainda mata muitas mulheres, mas, após políticas públicas de saúde da mulher, vigentes a partir de 1990, o Governo e as Unidades de Saúde, em geral, começaram a ter uma preocupação maior com a saúde feminina, não só a reprodutiva, mas também aquela relacionada com as DST (BRASIL, 2006a). Em decorrência, foram divulgadas informações a respeito na mídia, e realizadas campanhas educativas sobre a importância do exame Papanicolaou.

Todavia, para que tais medidas surtam efeito positivo, é imprescindível que os profissionais de saúde participem com informações claras e orientações precisas junto a esta clientela, acerca da prática do sexo seguro e do auto cuidado com o corpo, com ênfase nas ações preventivas para os fatores de risco e na

conscientização da importância do exame Papanicolaou, visando a redução das atuais taxas de morbimortalidade pelo câncer de colo do útero.

Com a realização deste estudo, pretende-se desvelar aspectos de uma situação considerada atualmente um problema de Saúde Pública, que requer a integração entre as várias áreas do conhecimento, acreditando que possam surgir indicações que contribuam para incentivar as mulheres a buscarem nos serviços de saúde, um conhecimento maior acerca da organização da assistência preventiva, levando-as a atitudes e práticas conscientes, visando a prevenção do câncer de colo do útero, que é uma doença problemática relevante, atual e muito significativa para todas, independente do seu nível sócio econômico ou classe social.

2.1 HIPÓTESE

O conhecimento, a atitude e a prática dos métodos de rastreamento do Câncer de Colo do útero praticados em uma Unidade Básica de Saúde da Zona Oeste do Rio de Janeiro, são adequados.

2.2 QUESTÕES NORTEADORAS

- Qual o conhecimento das mulheres acerca do exame de prevenção do Câncer de Colo do Útero?

- Como as mulheres que freqüentam a Unidade Básica de Saúde vivenciam, no seu cotidiano, a importância da prevenção do câncer de colo do útero e a

adesão às práticas do exame a partir de seu compromisso com a vida no caráter assistencial e preventivo?

- O conhecimento e a atitude adequados sobre a importância do exame Papanicolaou, contribuem para a sua prática correta?

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

No mundo atual, o câncer de colo do útero tem uma alta incidência, sendo identificados meio milhão de casos por ano, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde este câncer permanece como um dos mais temíveis e danosos que podem afetar a mulher (FREITAS et al., 2006).

Os Estados Unidos reduziram as taxas de incidência deste tipo de câncer, de 14,2 casos para 7,8 para cada 100.000 mulheres, após implantar um programa de rastreamento eficaz. De maneira geral, o sucesso desses programas está relacionado a fatores como cobertura efetiva da população de risco, qualidade na coleta e interpretação do material, tratamento e acompanhamento adequados (BRASIL, 2002).

As estatísticas mostram que o câncer de colo do útero é o sétimo câncer mais comum do mundo. Entre as mulheres, ocupa a segunda posição, sendo superado pelos cânceres de pele e de mama, tornando-se responsável por 12% de todas as causas de morte no mundo: seis milhões de óbitos/ano (PACHECO et al., 2008).

No Brasil, as estimativas para 2010, segundo o INCA (2009), apontam que ocorrerão 489.270 novos casos de câncer, sendo que 52% atingirão os homens e 48% somente as mulheres, com um risco estimado de 18.430 casos novos de câncer do colo do útero: 18 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na Região Norte (23/100.000). Nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste

(18/100.000), a doença ocupa a segunda posição mais freqüente, e nas regiões Sul (21/100.000) e Sudeste (16/100.000), a terceira posição (Tabela 1)

Tabela 1 - Casos novos previstos de Câncer para 2010 no Brasil

Localização Primária	Estimativa de Casos Novos		
Neoplasia Maligna	Masculino	Feminino	Total
Próstata	52.350	-	52.350
Mama Feminina	-	49.240	49.240
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.800	9.830	27.630
Cólon e Reto	13.310	14.800	28.110
Estômago	13.820	7.680	21.500
Colo do Útero	-	18.430	18.430
Cavidade Oral	10.330	3.790	14.120
Esôfago	7.890	2.740	10.630
Leucemias	5.240	4.340	9.580
Pele Melanoma	2.960	2.970	5.930
Outras Localizações	59.130	78.770	137.900
Subtotal	**182.830**	**192.590**	**375.420**
Pele não Melanoma	53.410	60.440	113.850
Todas as Neoplasias	**236.240**	**253.030**	**489.270**

Fonte: INCA, 2009

O câncer de colo do útero é o segundo tipo de câncer que mais acomete o sexo feminino, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres anualmente. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos, quando comparada aos países mais desenvolvidos. A incidência de câncer do colo do útero evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Ao mesmo tempo, com exceção do câncer de pele, é o câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura, quando diagnosticado precocemente.

Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos

varia de 51% a 66%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estádios relativamente avançados e, consequentemente, a sobrevida média é menor, cerca de 41% após cinco anos, enquanto a média mundial estimada é de 49%(BRASIL,2008).

Sabe-se hoje que, para o desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero, o Papilomavírus Humano (HPV) é condição necessária; porém, por si só, não é uma causa suficiente, uma vez que, para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intra- epiteliais, faz-se necessária, além da persistência do HPV, a sua associação com outros fatores de risco (ZEFERINO et. al; 2001)

Alguns fatores que contribuem para a etiologia desse tumor são: tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, multiparidade, baixa ingestão de vitaminas, iniciação sexual precoce e coinfecção por agentes infecciosos, como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e *Chlamydia trachomatis(MURTA,2002)*.

Até a década de 90, o teste Papanicolaou convencional constituiu-se na principal estratégia utilizada em programas de rastreamento voltados ao controle do câncer do colo do útero. Novos métodos de rastreamento, como testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero, utilizando ácido acético (VIA) ou lugol (VILI), são apontados, em vários estudos, como eficazes na redução das taxas de mortalidade por este tipo de câncer.

No Brasil, o exame colpocitológico é a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde, prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos. É estimada uma redução de cerca de 80% da mortalidade por esse câncer, a ser alcançada através do rastreamento de mulheres na faixa etária de

25 a 65 anos com o teste de Papanicolaou e o tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*.

Para tanto, é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes. No Brasil, estão registradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA / MS): a vacina quadrivalente contra HPV 6, 11, 16 e 18, desenvolvida para a prevenção de infecção pelos tipos virais mais comuns nas verrugas genitais (HPV 6 e 11) e no câncer do colo do útero (HPV 16 e 18), indicada para mulheres com idade de 9 a 26 anos , segundo (INCA, 2006).

Na perspectiva epidemiológica, a literatura científica mostra que existe íntima relação entre o câncer de colo do útero, o comportamento sexual das mulheres e a transmissão de agentes infecciosos. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) assinala alguns fatores que favorecem a aceleração do câncer de colo de útero, tais como: sociais, ambientais e hábitos de vida, com destaque para o início precoce de vida sexual, a multiplicidade de parceiros, o tabagismo, as precárias condições de higiene e o uso prolongado de anticoncepcionais orais.

Parkin et al. (2001) estimaram que, para o sexo feminino, as maiores ocorrências de câncer seriam os tumores de mama (um milhão de casos novos) e de colo do útero (471 mil casos). Para 2020, a estimativa de número de casos novos anuais é da ordem de 15 milhões, sendo que 60% destes ocorrerão em países em desenvolvimento. É também conhecido que pelo menos 1/3 dos casos novos de câncer que ocorrem anualmente no mundo poderiam ser prevenidos (MS, 2002).

Durante os últimos vinte anos, a incidência e a mortalidade do câncer de

colo do útero apresentou um declínio acentuado em países que investiram em programas eficazes de rastreamento, com cobertura variando entre 75% e 80% da população em risco (MS, 2002). Em se tratando de vidas poupadas, este é um dado muito significativo. No Brasil, sabe-se que apenas 15% da população feminina acima de 20 anos realiza o exame Papanicolaou, mesmo considerando um percentual de mulheres que utilizam serviços não públicos (SMS/SP, 2001). Por isso, é importante identificar os motivos que interferem na decisão da mulher de procurar ou não um Serviço de Saúde para realizar o exame preventivo de câncer de colo do útero, já que se trata de doença cujo prognóstico é muito favorável, se for precocemente detectada.

Nos estágios iniciais de anormalidades na diferenciação, as células displásicas localizadas na superfície do epitélio podem ser detectadas através da técnica Papanicolau. Caso não haja intervenção, a displasia poderá estagnar ou mesmo regredir espontaneamente, mas também progredir dando origem a uma neoplasia localizada, sem invasão dos tecidos adjacentes, o chamado carcinoma *in situ*.

Estas lesões, segundo o INCA (2008), apresentam células proliferativas não diferenciadas, e neste estágio, é fácil alcançar a cura pela destruição ou remoção cirúrgica do tecido anormal, pois as células alteradas ainda estão ao lado epitelial da lâmina basal. Sem o tratamento adequado, as células displásicas poderão estagnar ou progredir cerca de 20 a 30%, originando um carcinoma cervical invasor. É importante ressaltar que à medida que o crescimento invasivo se espalha, a cura passa a ser progressivamente mais difícil.

Estudos epidemiológicos têm mostrado que, em média, são necessários

10 anos para que uma célula normal evolua para o estágio de câncer invasivo (INCA, 2008). Em relação aos sintomas nos estádios iniciais, o câncer de colo do útero pode ser assintomático, mesmo ocorrendo sangramento, perda sanguínea espontânea, corrimento fétido, róseo e constante. Pode haver disúria, polaciúria, incontinência urinária, enterorragia, tenesmo, dor lombar e edema de membros inferiores (INCA, 2008).

O câncer de colo do útero, em sua evolução, tem uma fase pré invasiva, na qual as intervenções podem evitar o seu progresso; e outra, caracterizada pela invasão de tecidos, em que é difícil o controle. Portanto, trata-se de uma enfermidade progressiva, mas tratável e curável. É considerada uma doença silenciosa, com tendência a evoluir, atingindo mulheres de todas as idades, em especial as que estão na faixa etária entre 35 e 49 anos. Destaca-se, pois, a missão da equipe de saúde nas ações primárias de prevenção e promoção à saúde com o objetivo de diminuir a morbimortalidade por este tipo de câncer (INCA, 2008).

Pode-se perceber, na citação acima, que o HPV é capaz de induzir lesões de pele ou mucosa, cujo crescimento é limitado e frequentemente regridem de forma espontânea, sendo que sua prevalência nas mulheres é superior ao número de casos de câncer de colo do útero. Ademais, em 99% dos casos deste tipo de câncer, além da idade, considerada fator de risco para as mulheres na faixa etária entre 35 e 49 anos, o risco aumenta principalmente para aquelas que nunca realizaram o exame Papanicolau RAMOS et ,al. (2006)

Nessa linha de raciocínio, a orientação do Ministério da Saúde (2004a) é no sentido de que as mulheres que iniciaram precocemente a vida sexual e tenham mais de 20 anos de idade, realizem um esfregaço ao ano, durante dois

anos seguidos; se forem negativos, devem ser repetidos a cada três anos; e aquelas que apresentarem esfregaços suspeitos ou anormais, devem ser submetidas à biópsia cervical orientada por colposcopia.

Cabe ressaltar que o rastreamento do câncer do colo do útero inclui ações que vão desde a prevenção primária, com eliminação de fatores causais, até a prevenção secundária, que permite o diagnóstico precoce ou a detecção pré cancerosa, cujo tratamento pode levar à cura ou melhorar a sobrevida das mulheres. Para tanto, é necessária a constante atualização dos profissionais de saúde em relação aos programas de saúde vigentes, especialmente considerando que o câncer cervical ocorre com mais freqüência em mulheres que nunca se submeteram ao rastreamento para esta neoplasia, como foi dito.

Nas últimas duas décadas, a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero manteve-se alta; diante deste quadro, o governo brasileiro decidiu desenvolver um programa de âmbito nacional visando o controle da doença. Em setembro de 1995, o Ministério da Saúde abordou a temática na VI Conferência Mundial sobre a Mulher, na China, e assim surgiu o plano piloto do Viva Mulher, programa implantado em 1996 em cinco capitais brasileiras. Atualmente, o atendimento gratuito é oferecido às mulheres durante o ano inteiro, nos vinte e seis estados brasileiros e no Distrito Federal.

Entretanto, não é suficiente implantar somente a oferta de exames preventivos na rede básica; é preciso também implementar e priorizar ações educativas e mobilizar as mulheres a comparecerem aos postos de saúde, tornando-as responsáveis pelo cuidado com a própria saúde. É importante que realizem o exame Papanicolaou, e que os profissionais de saúde conheçam os sentimentos e expectativas de cada uma em relação à prática da coleta de

material para análise, assim favorecendo uma aproximação eficaz com o sistema de saúde e, conseqüentemente, alcançando maior adesão às medidas preventivas de câncer de colo do útero e à terapêutica proposta para o tratamento (INCA, 2002).

A prevenção primária para o câncer de colo do útero passa por cuidados e informações sobre o uso de preservativos durante a relação sexual, uma vez que a prática de sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio com o HPV, vírus do papiloma vírus humano, que tem papel importante no desenvolvimento da doença e de suas lesões precursoras, além de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis.

A detecção precoce dessa doença acontece através da realização de exame preventivo (Papanicolau) em mulheres assintomáticas, e favorece o conhecimento, a prática e o acesso aos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais capacitados para realizá-lo. É importante observar os sentimentos e as expectativas vivenciadas pelas mulheres na procura, na realização e na busca ao resultado do exame Papanicolaou.

A prevenção primária do câncer do colo do útero aumentou nas últimas décadas, à medida que vem aumentando o conhecimento acerca dos fatores de risco que englobam essa patologia. Assim sendo, é muito importante e indispensável a participação da equipe de saúde neste contexto, já que seus integrantes devem atuar como agentes esclarecedores e facilitadoras para as mulheres fazerem o Papanicolaou e terem acesso aos seus resultados através de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde.

A seguir, serão abordadas as Políticas Públicas de Saúde e Prevenção à Saúde da Mulher.

3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE E PREVENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

O Programa da Mulher, nos anos 70 e 80, era voltado ao planejamento familiar e à regulação da fecundidade, como complementares às ações de saúde materno-infantil, esclarecendo que as motivações do Ministério da Saúde para agir nessa área baseavam-se "nos princípios de eqüidade oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população – e de ordem médica, traduzidos no risco gravídico" (MS, 1984, p 14). Enfatizava-se, também, que as atividades de planejamento familiar estavam desvinculadas "de qualquer caráter coercitivo" (Op.cit., p.16) para as famílias que viessem a utilizá-las. Finalmente, salientava-se a necessidade de não vincular a adoção dessas atividades à solução dos problemas sociais e econômicos do país "e nem ter ignorada a sua inegável interface com o setor saúde" (Op.cit., p.15).

Enfim, em 1974, na Conferência de Bucareste, o Estado foi capaz de proporcionar meios e informações para que todos os brasileiros pudessem planejar suas famílias (OSIS, 1994). Nesse contexto frisava-se, entretanto, que as atividades de concepção e contracepção nunca poderiam ser implementadas isoladamente, tampouco seriam aceitas em serviços em que os demais objetivos do Programa da Mulher não estivessem em desenvolvimento.

A implantação do novo Programa deveria ser iniciada por uma reciclagem completa, tanto do pessoal envolvido diretamente na prestação dos serviços, quanto do pessoal encarregado da supervisão e coordenação programática. Portanto, o Programa persistia na visão amplamente difundida na sociedade, de que a mulher se definia pela sua capacidade de reprodução. A exclusão do homem no Programa apresentado pelo Ministério da Saúde, resultaria na falsa noção de que só a "mulher era responsável pela reprodução, e que se o Programa da Mulher pretendia

integralidade e universalidade deveria ser, na verdade, de atenção à saúde do adulto'' (CANESQUI, 2001, p.67).

Após um Encontro de Mulheres, em outubro de 1986, foi feito o diagnóstico das condições de saúde da população feminina no Brasil, que revelou precariedades. O fato levou à reivindicação da criação de um Programa que atendesse as mulheres desde a infância até a velhice, incluindo a saúde mental e as doenças causadas pelo trabalho dentro e fora de casa. Esse Programa deveria ter a preocupação maior de integrar prevenção e cura (CANESQUI, 2001).

A preocupação com a saúde da mulher no Brasil, em termos de políticas públicas, até o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, centrava-se no grupo materno infantil (BRASIL, 1984). O PAISM adotou uma atitude inovadora na implementação da política de saúde da mulher, demonstrando a existência de muitas dificuldades na inserção de ações, a exemplo de precariedade de insumos, resultados demorados, reduzido número de profissionais de saúde qualificados e demanda maior que a oferta (AMORIN; ANDRADE, 2006).

Em função da implementação do PAISM, tem acontecido investimentos em projetos que vão desde a formulação de guias de educação sexual à panfletos, entre outras iniciativas de vários governos, resultantes também da pressão de grupos comprometidos com direitos reprodutivos ou com a proteção da infância e adolescência, temas respectivamente previstos no PAISM e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA,1990)

Em 1984, as diretrizes gerais do PAISM previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam,

também, a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face da integralidade do atendimento, acompanhado de práticas educativas permeando todas as atividades de atenção à saúde (BRASIL,1984).

Nesse sentido, destaca-se o fato de que o Brasil foi um dos pioneiros a introduzir o exame citopatológico na detecção precoce do câncer de colo de útero, obtendo a participação de cidades brasileiras como Sergipe, Recife, Belém e Brasília, sendo a maior concentração na região Sudeste no Rio de Janeiro. Com isso, rompeu-se a visão tradicional relativa somente à mulher no atendimento à reprodução, passando a nova abordagem a ser baseada no conceito da atenção integral à saúde da mulher. Ou seja, a atenção à mulher deveria ser integral na clínica ginecológica voltada ao controle de pré-natal, do parto e puerpério, na abordagem de sexualidade aos adolescentes, na terceira idade e no caso de de colo câncer do útero e mama, além de assistência à concepção e anticoncepção (BRASIL,1984).

No Brasil, a formulação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) resultaram do movimento de Reforma Sanitária inserido nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), quando surgiram propostas relevantes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil. A saúde teve expressivo reconhecimento no texto da Constituição Federal promulgada em outubro de 1988, com a inclusão da caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública, e referencial político com a inclusão da seguridade social.

A partir de então, o Ministério da Saúde trabalhou na elaboração de Manuais Técnicos que procuraram, de modo simples e direto, estabelecer normas e regras para o conjunto de ações, procedimentos e condutas a serem adotadas no controle dos cânceres do colo do útero e de mama. Foi uma fase voltada para o

rastreamento de ambas as doenças, a partir da elaboração de programas especificamente definidos.

A prevenção primária passou a ser realizada através de várias iniciativas propostas pelo PAISM, uma das quais a parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) para a implantação e implementação do Programa Nacional de Câncer de Colo de Útero e de Mama, cujo objetivo é reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2002c).

Na década de 90, o INCA consolida, então, a liderança do controle de câncer de útero e de mama e, então, as campanhas educativas aconteceram com rastreamento efetivo, politicamente articulado e compartilhado em nível nacional. É válido destacar que para a elaboração de um programa bem sucedido, torna-se essencial ter em mente e assegurar: 1- População alvo definida; 2- Recursos para garantir uma vasta cobertura e adesão do grupo alvo; 3- Serviços adequados para a coleta do material, bem como estrutura laboratorial adequada para processar os exames; 4- Serviços adequados para colposcopia dos casos alterados e tratamento correto dos casos confirmados; 5- Um sistema de referência e contra referência para o tratamento dos casos alterados; 6- Avaliação e monitoramento do programa como um todo, de forma que se possa acompanhar o processo de implantação, assim como o seu impacto sobre a incidência e mortalidade pela doença.

Dentre as estratégias propostas pelo INCA no "Programa Viva Mulher", inclui-se a articulação de uma rede de comunicação com a mulher; além da informação, capacitação e reciclagem de pessoal do Programa. As ações preparatórias para sua execução envolvem a produção de materiais de divulgação, que incluem textos para

os meios de comunicação; folhetos para a mulher; cartazes de coleta, de fluxograma e de sensibilização da mulher (INCA, 2002d).

Apesar de os dados do Ministério da Saúde informarem que 98% dos municípios brasileiros estão dando continuidade ao referido Programa, na verdade, estão se valendo do funcionamento do nível primário de atendimento, que consiste no exame clínico ginecológico e na coleta do exame Papanicolau. Segundo o INCA (2008), há um déficit na cobertura de atendimento ao nível secundário e terciário, para onde devem ser referenciadas as pacientes com necessidade de tratamento das lesões precursoras do câncer. Além disso, cada área tem uma referência secundária próxima, que permite às mulheres fazerem o acompanhamento de acordo com o fluxo estabelecido pelo Ministério da Saúde (2004a):

1- Colpocitologia: Se normal, refazer em dois a três anos

2- Colpocitologia: Se anormal, repetir dentro de 6 meses

3- Colpocitologia positiva: 6 meses após a primeira, encaminhar para a unidade secundária para colposcopia e biópsia dirigida.

4- Colpocitologia positiva (NIC II, NIC III ou NIC I repetido, ASCUS, ASUS, HPV): encaminhar para unidade secundária para Colposcopia e CAF, se necessário.

5- Resultado carcinoma *in situ*: encaminhar para a unidade secundária para CAF.

6- Resultado carcinoma invasivo: encaminhar para o INCA com referência e lâmina.

Segundo o Ministério da Saúde (2004a), a coleta de material para exame citopatológico deve ocorrer em ambiente acolhedor, o profissional estabelecendo empatia e elogiando a vinda da mulher para a realização do exame, lembrando

sempre dos tabus, medos e da vergonha vivenciados pela maioria das mulheres, a fim de deixá-las à vontade durante o exame.

Portanto, a promoção de saúde surgiu da educação em saúde, e aconteceu porque os educadores

> começaram a compreender a necessidade de enfatizar a promoção da saúde, valorizando a saúde, criando novos potenciais para a manutenção da saúde ao invés de centralizar somente na prevenção de doenças de abordagem normativa e também, por perceberem que para transformarem a saúde em conceitos positivos, precisariam da ajuda e da contribuição de outros atores, bem como de outros setores que conseguissem dar apoio à complexidade de necessidades a serem assistidas. (BYDOSWSKI, 2004 p.24)

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, na fase do Viva Mulher de intensificação,

> a articulação da rede de comunicação com a mulher foi muito importante no engajamento para o controle de Câncer de Mama e de útero, motivando a mulher a cuidar do controle de qualidade do atendimento e sua saúde através da redução da desigualdade do acesso a rede de saúde definindo com mecanismos de financiamento á mulher na rede com diagnóstico e tratamento do Câncer do útero e mama, através de centrais de regulação, criando a hierarquização do atendimento com definição dos locais para atendimento aos pólos de Cirurgia de Alta Frequência (CAF) e de tratamento terciários.Em seguida foi iniciada a realização de CAF em ambulatórios não hospitalares, para facilitar e melhorar a qualidade do atendimento á mulher, com capacitação de recursos humanos, uniformizando e dando conhecimento das normas e procedimentos de prevenção, diagnóstico, tratamento e medidas de reabilitação do câncer, garantindo fluxos definidos. Integrar a saúde da mulher melhorando seu conhecimento e atendimento. Aumentar a rede de eficiência de atenção ao câncer com plano de vigilância e avaliação do Câncer do útero e seus fatores de risco, com acompanhamento periódico de seus indicadores. (INCA, 2002b, p. 59)

3.3. O EXAME PAPANICOLAOU NA PREVENÇÃO E O CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.

As estratégias de prevenção ao câncer de colo do útero consistem no diagnóstico precoce das lesões do colo de útero, antes de se tornarem invasivas, o que é feito a partir de rastreamento ou *screening*, compreendendo colpocitologia oncológia ou teste Papanicolaou, colposcopia e, mais recentemente, os testes de

DNA do vírus HPV em esfregaços citológicos ou histopatológicos segundo PINHO(2003).

Em 1941, George Nicolas Papanicolaou descobriu uma técnica que detectava células neoplásicas no esfregaço vaginal, segundo ROBERTS (1993) um artigo escrito com o Dr .Hebert F. Traust intitulado “Diagnóstico do Câncer Uterino, através do exame de esfregaço vaginal”, finalmente suscitou o interesse da classe médica. Em 1948, o Dr. Charles S. Cameron promoveu uma conferência em Boston, nos Estados Unidos, e o Papanicolaou foi gradualmente adotado no mundo. Embora o exame colpocitológico tenha sido introduzido no Brasil na década de 50, ainda hoje o câncer de colo do útero é considerado um problema de saúde pública(PINHO JUNIOR,2003)

A primeira mobilização nacional de prevenção com o Papanicolaou ocorreu em 1998, quando foram colhidos 3 milhões de exames, dos quais 65% em mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos, sendo 77% delas tratadas com lesões precursoras de alto grau de câncer (BRASIL, 2002b). Este exame passou a ser usado no mundo como rastreamento populacional, na detecção precoce deste tipo de câncer (ROBLES, 2000).

O teste Papanicolaou é aceito internacionalmente como instrumento mais adequado e de baixo custo para rastreamento desta doença. A coleta do material pode ser feita por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, desde que treinados previamente (BRASIL, 2001).

O teste colpocitológico, ou teste Papanicolaou, é considerado o método mais eficiente e efetivo a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do câncer de colo uterino. Existe, inclusive, um projeto aprovado no ano 2000 pela Câmara dos Deputados, já encaminhado ao Congresso Nacional, que torna

obrigatória a prevenção do câncer ginecológico e dá direito a um dia livre por ano para que toda trabalhadora de empresa pública ou privada possa realizá-lo (SMS/SP, 2000).

As práticas preventivas devem ser incentivadas, e as mulheres com vida sexual ativa, orientadas para a realização do exame de câncer de colo de útero e para a importância de se tornarem agentes multiplicadores de informações pertinentes à temática, especialmente quanto aos cuidados para a realização do exame e retorno à UBS em busca do resultado. A comunicação objetiva e eficaz dos profissionais de saúde para a realização do exame preventivo sensibiliza as mulheres para a coleta do exame, sua importância e enfrentamento do resultado desconhecido.

É importante que as unidades de saúde organizem a sala de espera das usuárias da Unidade, utilizando o local para conversas e orientações acerca da utilização do preservativo, do sexo seguro, com esclarecimentos sobre prevenção do câncer de colo do útero, acesso ao exame Papanicolaou, como proceder durante o exame, sexualidade, conhecimento do próprio corpo e o diálogo franco com o seu parceiro.

As atividades educativas são de alta relevância, já que muitas mulheres, por seus valores e culturas, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer. A propósito, segundo o INCA (2008, p.59),

> estudos sobre a atitude das mulheres brasileiras quanto à prevenção e o não atendimento aos programas de captação mostram que as principais causas da resistência estariam relacionadas às questões culturais, medo de doer, religião, o desconhecimento do exame e como realizá-lo.

A prevenção primária é representada pela interceptação dos fatores pré patogênicos e inclui a promoção de saúde e a proteção específica. A prevenção secundária seria realizada a nível do estado da doença, incluindo diagnóstico,

tratamento precoce na limitação da incapacidade e prevenção terciária, através de medidas destinadas à reabilitação.

Assim, o planejamento das ações de prevenção e controle da doença tem se orientado, prioritariamente, pela distribuição das lesões cervicais, segundo as faixas etárias das mulheres mais acometidas pela doença, especialmente aquelas mais avançadas, entre 35 e 59 anos, e pela periodicidade do exame colpocitológico.

Portanto, o exame Papanicolaou é a estratégia utilizada pela maioria dos países, visto que apresenta sensibilidade de 60% e que sua especificidade varia de 90% a 99%; porém, a taxa de falso negativos pode chegar a 45% de erros laboratoriais ou falha na coleta do material. Mas, de acordo com pareceristas respeitados, com base em experiências clínicas, estudos descritivos ou Comitês de Especialistas, constatou-se que, após o rastreamento regular com o exame Papanicolaou em mulheres de vida sexual ativa ou com mais de 18 anos, ocorreu diminuição da mortalidade por câncer de colo de útero (INCA, 2008).

A prevenção primária do câncer de colo do útero aumentou nas últimas décadas à medida que vem aumentado o conhecimento acerca dos fatores de risco que englobam essa patologia. Assim sendo, a participação da equipe de saúde torna-se indispensável neste contexto, já que cada um de seus integrantes deve atuar como agente esclarecedor para as mulheres nas UBS. Portanto, as políticas de prevenção à saúde da mulher em relação ao câncer de colo do útero, são de grande importância nas atitudes das mulheres que procuram as UBS e no enfrentamento dos resultados.

Dentre as medidas profiláticas consideradas eficazes para esta patologia, está o rastreamento de lesões cervicais na população feminina, através da colpocitologia oncótica, por ser prático e de baixo custo (DAVIM et al., 2005).

Destaca-se que este exame possui um dos mais altos potenciais de profilaxia e cura, chegando próximo dos 100%, caso a doença seja detectada precocemente (GREENWOOD, MACHADO, SAMPAIO, 2006; BRITO, NERY, TORRES, 2007).

Acredita-se que exames como a citologia, a colposcolpia e a histologia, sejam perfeitamente adequados à realidade brasileira (NETO et al., 2001). Contudo, a disseminação de tais tecnologias requer implantação articulada de medidas de investimento tecnológico e de recursos humanos (BRASIl, 2004b). Isto ocorre, pois o aumento da cobertura de rastreamento citológico é diretamente proporcional à elevação do número de pacientes que necessitarão de diagnóstico preciso e ulterior conduta terapêutica (REIS et al., 1999).

No ano de 2009, em mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, foram colhidos 550 exames preventivos no PSF COHAB, e na Unidade Básica onde foi feita a pesquisa, 2.835 exames, sendo que 82% do total dos exames colhidos apresentaram resultado negativo; 8% evidenciaram lesão de baixo grau; 7%, lesão de alto grau e 3%, adenocarcinoma invasor. Quanto à cobertura da área, estava em torno de 78%, portanto, abaixo do preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que é de 80 a 85%.

3.4. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA ÁREA ADSTRITA DA PESQUISA E A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), pelo Ministério da Saúde, até 2007 existiam 5.678 equipes, sendo 38% de cobertura realizada nos

municípios brasileiros, e Minas Gerais é o estado com maior índice de cobertura: 96%. Na área do Rio de janeiro, a cobertura é de 44.8% (SIAB, 2009).

A Estratégia Saúde da Família é uma proposta de substituição do modelo assistencial tradicional, voltada para a organização das práticas de saúde centradas na família e na comunidade, substituindo o cuidado antes focado no indivíduo, valorizando os vínculos culturais e sociais.

A adoção da ESF possibilita as diretrizes que mantêm relação íntima com os princípios do SUS e representa um avanço de contraposição à hegemonia do modelo assistencial centrado na doença. Os pressupostos dessa Estratégia estão no desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias democráticas, participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações em territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

A regulamentação do SUS através das Leis Orgânicas de Saúde (nº 8.080/90 e nº 8.142/90), estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que prioriza a descentralização, universalidade, integralidade da atenção e o controle social, ao tempo em que incorpora em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 1990a).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. Suas diretrizes organizativas são operacionalizadas mediante implantação de equipes multiprofissionais em UBS, com um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde da comunidade (OHARA et al., 2008).

Na década de 90,

> com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir, na agenda política, questões até então deixadas em segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço das relações privadas. (MS, 2003, p. 56)

A implementação da ESF tem sido muito diversificada, com possíveis experiências, mas destaca-se o enfoque família, e não mais o indivíduo, dentro das práticas de saúde, e a visão ativa da intervenção em saúde com ênfase na prevenção (BRASIL, 2002c).

A Estratégia Saúde da Família, para garantir a efetividade na construção de vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde, tem como elo o Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo este profissional um morador da área, conhecedor da realidade das pessoas que ali vivem e, assim, o primeiro a discutir a temática com as mulheres em seus próprios domicílios.

A afinidade que o ACS tem com o trabalho comunitário facilita a interação com a equipe multiprofissional, e para a equipe, ele representa a porta de entrada da ESF, o acesso às pessoas, daí porque é importante ter uma abordagem humanizada, preferencialmente em local confortável e com privacidade da escuta.

A unidade em questão, de referência da ESF, está situada no bairro de Realengo, em um conjunto Habitacional com apartamentos populares, aproximadamente, 4 km da UBS .

Fazem parte da Equipe da ESF de COHAB cinco médicos generalistas, cinco enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, 37 agentes comunitários de saúde, dois cirurgiões-dentistas, uma Técnica de Higiene Dental, uma Auxiliar de Consultório Dentário, duas auxiliares de serviços gerais e um administrativo.

Os enfermeiros e médicos de cada equipe da ESF da COHAB (conjunto habitacional) disponibilizam dois turnos semanais, sendo um para coleta de

preventivo e outro para a entrega de resultados. Antes da coleta, acontecem reuniões educativas feitas pelo enfermeiro ou médico, sempre acompanhadas do Agente Comunitário de Saúde da equipe. Quando as mulheres recebem informações, participam esclarecendo suas dúvidas e recebendo orientações a serem seguidas no dia da coleta do exame. As mais importantes são: não usar duchas nem cremes vaginais nos três dias antes do exame, não ter relações sexuais 48h antes do exame e não estar menstruada. O exame deve ser feito 10 dias após a menstruação (INCA, 2008).

É necessário também o preenchimento correto do formulário. A paciente deve ser orientada quanto à posição ginecológica. Com o material pronto, realiza-se a coleta da ectocérvice e na endocérvice, utilizando uma espátula de Ayre e uma escovinha tipo Campos da Paz, com solução fixadora de álcool a 92%. A lâmina com o material coletado, previamente identificada com as iniciais da paciente, deve ser encaminhada ao laboratório para análise (INCA, 2002a).

As citologias, após colhidas, são enviadas à Coordenação de área 5.1 e levadas para o laboratório do Serviço Integrado Tecnologia Citológica (SITEC). As mulheres recebem os resultados cerca de 50 dias após a realização da coleta, segundo informações da Coordenação de Área Programática 5.1 (2008).

Atualmente, a prevenção do câncer de colo do útero integra as ações de Atenção Básica dirigidas a grupos específicos da população, estando inseridas no Manual para a Organização da Atenção Básica, segundo Zeferino et al. (2001), e preconizadas como uma das ações da ESF. Portanto, consiste na discussão referente ao cuidado integral nas diferentes tecnologias que permeiam essa prática do atendimento, permitindo que se perceba que a saúde da mulher deve ser vista como um todo, sendo resolutivo na necessidade manifestada, considerando

especificamente a utilização das tecnologias leves e duras nas práticas de prevenção do câncer de colo do útero.

O atendimento integral pode ser promovido no momento em que a usuária procura o serviço de saúde ou mesmo no próprio domicílio, durante a visita do Agente Comunitário de Saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2004b), o atendimento integral é a segunda diretriz fundamental do SUS e sinaliza a prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Os módulos da Estratégia da Saúde da Família têm potencialidades para controlar as práticas de prevenção do câncer de colo de útero e maior integralidade de ações de saúde, utilizando a educação em saúde na motivação das mulheres quanto à atitude e prática da promoção de sua saúde, de suas famílias, e pela ajuda dos meios sociais e culturais que lhes são oferecidos.

As ações multidisciplinares da ESF têm real importância na transformação e utilidade dos serviços oferecidos às usuárias, com sensibilização, abordagem para fazer o exame preventivo, agilização da consulta, seqüência de orientações para o recebimento do resultado e outros procedimentos a serem realizados pela equipe da ESF no desenvolvimento de um método de captura oportunística das mulheres que necessitam outros motivos para o convencimento à realização do exame (BRASIL, 2002c).

A ESF COHAB de Realengo tem um forte vínculo com a comunidade com as ações de saúde da área e um dos suportes de referência da ESF é a Unidade Básica de Saúde o Posto de Saúde Prof. Masao Goto, que funciona como unidade de referência pela proximidade da comunidade e oferta de serviços existentes.

As usuárias quando necessitam de atendimento especializado, são encaminhadas para realização de exames de laboratório, consultas com a Saúde Mental, Fonoaudiologia, Ginecologia, Nutrição, Psicologia, e são atendidas de acordo com as rotinas estabelecidas entre as unidades. Em seguida, será enfocada a atitude das mulheres na Atenção Básica na prevenção do Câncer do Colo do Útero.

3.5. A ATITUDE DAS MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, dirigidas à populações de territórios bem delimitados (território – geográfico), considerando a dinamicidade existente nesse território-processo, pelas quais assume a responsabilidade sanitária.

Pela sua organização, a Atenção Básica constitui-se como o primeiro contato do usuário com o SUS. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, eqüidade e participação social. Tem como objetivo a redução de danos, a prevenção e o tratamento de doenças, principalmente as evitáveis. E a prevenção consiste no desenvolvimento de estratégias que reduzam fatores de risco de doença específica.

É de extrema necessidade que os profissionais dos serviços de saúde sejam sensíveis com as mulheres que os procuram, porque quando o fazem trazem consigo sua vida, e não somente uma queixa. As mulheres, de um modo geral, apresentam medo da instalação de uma doença mutilante e o câncer ainda tem conotações negativas, e é representado pelas conseqüências trágicas como a iminência presente do medo de morrer carregada de estigmas, de discriminação e rejeição social, desde o meio familiar até as perdas de atividades produtivas no nível afetivo, familiar, econômico, social, cultural (LINARD et al., 2002).

O desafio da atenção às práticas de prevenção ao câncer de colo do útero, direcionadas à educação em saúde e ao estímulo ao auto cuidado, deve ser ampliado com a realização das consultas médica e de enfermagem na área da saúde da mulher, e no retorno para a entrega do resultado, considerados diferentes momentos da relação serviço/profissional/usuário. O uso das diferentes tecnologias em um trabalho vivo, sendo elas relacionadas ou estruturadas, contribui para uma prática integral.

No entanto, o profissional que tem um processo de trabalho baseado numa perspectiva mais abrangente de saúde e um olhar diferenciado da *praxis*, utilizará as diferentes tecnologias prestando atendimento integral, tendo como metas a humanização do cuidado e a qualidade da assistência. O profissional que cuida deve desenvolver capacidade de interação e troca; é preciso saber escutar e falar, evitando termos técnicos ou científicos, de maneira que a mulher compreenda e também sinta-se compreendida e cuidada, envolvida nas atividades de promoção da saúde, desenvolvidas de forma a encorajá-la a controlar o medo e a vergonha durante a realização do exame Papanicolaou.

Como se trata de exame ginecológico, não se pode desconsiderar a sexualidade e o fato de que a proximidade do sexo pode transcender definições físicas, como algo mais difuso que permeia todos os momentos da vida. Historicamente, a sexualidade, como manifestação biopsicossocial do ser humano, foi objeto de toda sorte de controle por interesses diversos. A forma como algumas mulheres se posicionam ao expor seu corpo e tê-lo manipulado por um profissional, revela o quanto a sexualidade tem influência sobre a vida da mulher: afinal, trata-se de tocar, manusear órgãos e zonas erógenas.

Trabalhar com a sexualidade é lidar com um tema especial, abrangente e complexo, levando algumas mulheres a bloqueios, constrangimentos e inseguranças na exposição do corpo, visto que a mulher é educada e preparada durante a vida toda para ter modos e controle sobre a sua vontade. Assim, é plena de censuras e medos (CANESQUI, 2001). Em decorrência, o conhecimento do corpo ainda é um tabu, e superá-lo, um desafio para muitas mulheres.

Boff (1999) ressalta que o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana. Por ser um cuidado essencial, não pode ser suprimido e descartado. Existem as mulheres que tem cuidado em demasia, chegando ao excesso, e as que não percebem o valor do exame e desvalorizam-se através do corpo, achando-se fora dos padrões normais e sociais. É importante para a mulher manter um padrão de controle e associar a prevenção do câncer de colo do útero com a realização do exame Papanicolaou como um ato de responsabilidade e compromisso com a sua saúde (MALULHY, 2001), independente de sintomatologia, mas com conhecimento do seu corpo e atitude e consciência de mulher.

Apresenta-se, a seguir, para ilustração do leitor, o quadro de cobertura de exame preventivo da Unidade Básica onde foi desenvolvida a pesquisa.

Quadro 1 – Exames Papanicolaou colhidos em 2008 na UBS Masao Goto

POPULAÇÃO MAG BASTOS, J.SULACAP E 1/3 REALENGO								
FAIXA ETÁRIA	20-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	Total
MAG BASTOS	16	73	126	118	35	12	13	293
J.SULACAP	112	110	150	464	272	320	259	1087
1/3 REALENGO	375	208	472	943	240	1847	340	2415

Fonte: SMSDC RJ 2009

Em seguida, serão abordadas questões acerca da prevenção do CCU, da consulta de enfermagem durante a coleta de material para o exame Papanicolaou e da comunicação entre os profissionais e as mulheres.

3.6 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO, CONSULTA DE ENFERMAGEM E COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO

Segundo Silva (1998), a consulta de enfermagem está contemplada, como atividade privativa do enfermeiro na Lei do Exercício Profissional (Lei n.º 7.498/86, Artigo 11, Inciso I, alínea “i”), e vem sendo efetivada na prática por enfermeiros que nela acreditam. Como enfermeira, não poderia deixar de citar a importância deste profissional inserido na prevenção do câncer de colo de útero.

De acordo com Silva (1996) “é a percepção que nos capacita a entender nosso próprio mundo e o mundo do paciente, sendo essencial para a Enfermagem compreender o que o paciente percebe como acontecendo”, e para chegar a isso, segundo a autora, é preciso ouvir o outro lado envolvido na relação, ou seja, o cliente, e encarar a consulta de enfermagem não como um simples procedimento técnico, mas como um rico contexto de relacionamento interpessoal.

Durante a consulta de enfermagem alguns temas são importantes como:

- ✓ **A Comunicação**

> A comunicação humana é um processo que envolve a troca de informações. É uma série dinâmica e contínua nos quais uma intenção é criada e transmitida. A intenção de uma mensagem não é simplesmente transferida de uma pessoa para outra; é mutuamente negociada entre as pessoas que se comunicam. (Smeltezer,et al., 2002)

Segundo Silva (1996) Comunicar significa partilhar. Pela comunicação, comungamos com outra pessoa algo que temos em comum. A comunicação é mais do que simples emissão e recepção de mensagens; envolve a relação, o contexto e a percepção.

Cestari (2005) afirma que é necessário que se perceba que a comunicação envolve a compreensão da mensagem, tanto por quem a envia como por quem a recebe, e se isso não ocorrer, ela não terá se concretizado, o que se constitui numa capacidade interpessoal essencial que se amplia através de diferentes fases de conhecimento e desenvolvimento.

Muitas vezes, o enfermeiro possui uma visão mecanicista, compreendendo o indivíduo a partir de uma abordagem biológica, sem atentar para suas dimensões psicológicas e culturais. Nesse sentido, torna-se necessário uma abordagem em que a comunicação entre enfermeiro e usuários dos serviços de saúde possa ser realizada de forma mais compreensiva e participativa (MACHADO et al., 2005).

A forma de agir do enfermeiro junto ao seu público-alvo, tem como finalidade a promoção da saúde e do bem-estar, devendo ser encarado como um momento interativo, num rico contexto de relacionamento interpessoal. Para isso, é necessário um procedimento simples, que é apenas saber ouvir (CESTARI, 2005). O enfermeiro deve reconhecer que não pode impor a sua própria realidade aos outros, sendo necessária a abordagem dialógica que favoreça o respeito ao pensamento e atitude daquele por ele assistido (COSTA, 2000).

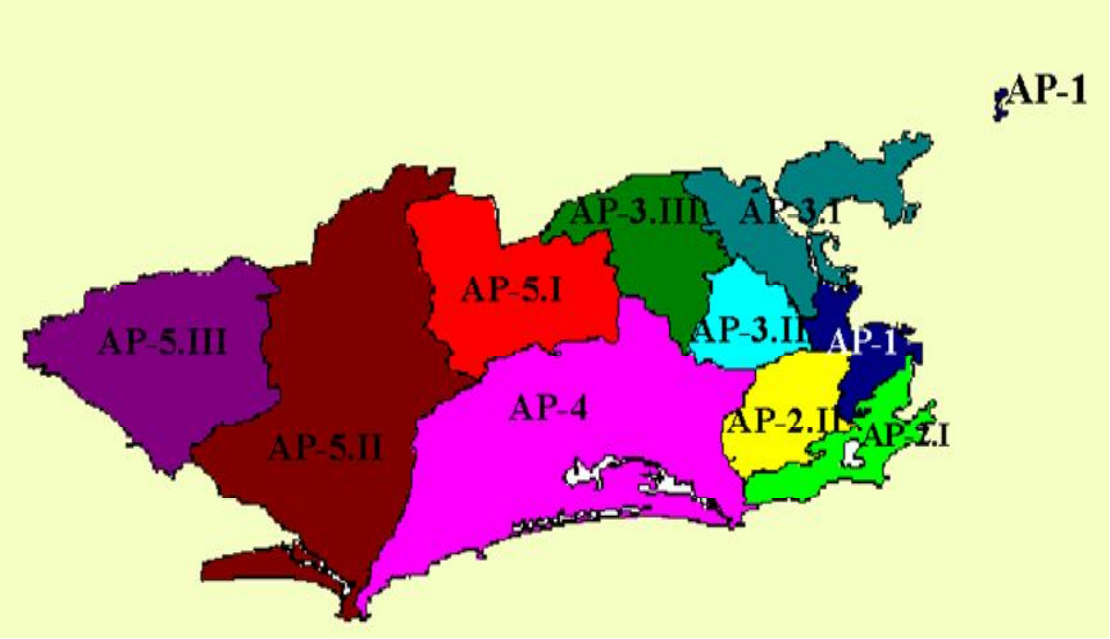
Ter atitude comunicativa, com responsabilidade e ética, é uma forma de cuidado com as mulheres. No decorrer da pesquisa, foi possível perceber que existe conhecimento das mulheres em relação à necessidade da prática do exame, mas também, que ainda existem fatores impeditivos para a sua realização dentro do contexto sociocultural, como o medo de sentir dor e o médico não pedir o exame colpocitológico na consulta. Somados, esses fatores dificultam as práticas da coleta adequadas à realização do exame Papanicolaou.

3.7 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DE ESTUDO: AP 5.1 ZONA OESTE, RIO DE JANEIRO

O Rio de Janeiro está situado na região Sudeste do Brasil e é conhecido como “Cidade Maravilhosa” pelas belas praias e pela característica da cidade com belas paisagens e ambientes turísticos. Possui o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) do país, da ordem de 128 bilhões, segundo o IBGE (2003), e tem 6.093.472 habitantes .

O Rio de Janeiro é dividido em 10 Áreas Programáticas, sendo que o estudo foi feito na Área Programática 5.1 (AP-5.1), que abrange os bairros de Deodoro, Vila Militar, Realengo, Sulacap. Magalhães Bastos, Padre Miguel, Bangu e Senador Câmara **(**Figura 1), sendo feita a opção por uma unidade da área para a realização da pesquisa, que se situa no Bairro Sulacap. A área 5.1 possui 2.650,54. hectares e tem 697.226 habitantes, segundo o IBGE (2000).

Figura 1 – Mapa do Rio de Janeiro por área Programática



A cobertura da ESF da área populacional na AP 5.1 é estimada em 152.279, habitantes, sendo 42,8% da população estimada em mil habitantes. Quanto à cobertura da Unidade Básica de Saúde da área de pesquisa, é de 133.320 mil habitantes.

Na área da AP 5.1, em relação às Unidades de Saúde existente, são 11 módulos de ESF com 44 equipes, uma clínica da Família inaugurada em 14 de novembro de 2009, composta por 6 equipes completas que desenvolvem um trabalho nos moldes da ESF, com algumas especificidades do atendimento aos usuários, como o horário de atendimento de 08 às 20 horas de segunda à sexta feira, e aos sábados, de 08 às 12 horas; 04 PACS, que são unidades formadas pelos agentes de saúde e o enfermeiro, sete postos de saúde, uma policlínica para tratamentos secundários com especialidades, exames como ultrassonografia, raio x, ecocardiograma, pólo de mama e pólo da mulher com colposcopia, uma casa de

parto, duas unidades de saúde mental Caps, um Centro Municipal de Saúde onde a epidemiologia atende toda a área, duas UPAS que fazem atendimento clinico, pediátrico e cirúrgico, um hospital geral (Hospital Estadual Albert Schweitzer) que fica localizado a 6 km da Unidade de Saúde pesquisada e dá suporte clinico, cirúrgico, ortopédico e materno infantil (SMSDC-RJ, 2009). Existe a estimativa de implantação de 08 equipes da ESF em 2010 (SMSDC,RJ, 2009).

A Unidade de Saúde pesquisada situa-se em um bairro onde predomina a natureza, com crescimento urbano desordenado, onde a maioria das mulheres trabalha fora, 53% das quais apresentando nível socioeconômico de 3 a 5 salários mínimos (SIAB, 2009). Nas proximidades, existem muitos quartéis de três Forças: Aeronáutica, Exército e Polícia Militar, o que favorece a segurança local e a tranquilidade do bairro. As mulheres que freqüentam a Unidade de Saúde são oriundas de bairros circunvizinhos: Realengo e Magalhães Bastos, onde o nível sócio econômico é menor, variando de 1 a 2 salários mínimos.

A economia local integra trabalhadoras do comércio, salão de beleza e escolas , com vínculo empregatício nas diversas categorias profissionais, mas predomina o trabalho informal como vendedoras ambulantes.

Sulacap, onde fica situada a UBS, é caracterizado como bairro residencial cercado por escolas municipais, creches, cinco escolas estaduais que dão suporte ao nível intermediário, e várias escolas particulares, inclusive profissionalizantes (SMSDC,RJ, 2009).

As moradias são de alvenaria, com água potável e esgoto, as ruas são asfaltadas e mantém serviço de transporte urbano funcional.

A área tem 01 supermercado, farmácias, uma delegacia, muitas igrejas de diversas religiões e uma Lona Cultural do município que oferece shows a preços compatíveis com a realidade local.

Esta área foi escolhida por fazer parte do meu cotidiano de trabalho e da minha inquietação, por ser composta de um universo de 53,3% de mulheres, sendo 88,2% uma população jovem, 19,1% de mães adolescentes, com cobertura de 78,% de exames preventivos e taxa de mortalidade por neoplasia de mama de 13,5% e 11,5% de útero (SIAB,2009). Apesar da existência da mídia e das Unidades Básicas da área divulgando a prevenção à saúde da mulher, ainda encontramos mulheres que nunca fizeram o exame Papanicolaou, e mulheres que fizeram poucos exames ao longo de sua vida.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Analisar o conhecimento, a adesão e as práticas sobre os métodos do Exame Papanicolaou na prevenção do Câncer de Colo do Útero em uma Unidade Básica de Saúde na Zona Oeste do Rio de Janeiro.

4.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar o conhecimento das mulheres sobre o rastreamento do Câncer de Colo do Útero.
- Identificar os motivos que levam as mulheres a buscarem a Unidade Básica de Saúde para prevenção do Câncer de Colo do Útero.
- Avaliar a ação das mulheres frente à realização do exame de rastreamento do Câncer de Colo do Útero.

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Através de estudo quantitativo de natureza transversal, associado a um inquérito sobre o conhecimento, atitude e prática de prevenção do Câncer de Colo de Útero, foram analisados dados de 206 entrevistas de mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, no período de novembro de 2009 a janeiro de 2010, em uma Unidade Básica de Saúde na Zona Oeste, AP-5.1, Rio de Janeiro, que também presta assistência a mulheres da Estratégia Saúde da Família da área adstrita.

Os inquéritos sobre conhecimentos, atitudes e práticas justificam-se pela constatação de que os indivíduos são diferentes em relação aos conhecimentos sobre saúde, têm atitudes que não são uniformes e diferem também em prática que adotam para si e seus familiares, aspectos estes que guardam estreito relacionamento e as informações resultantes do inquérito são úteis para o planejamento e condução de programas e atividades (PEREIRA, 2000).

5.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida nas dependências do Ambulatório do Posto de Saúde Professor Masao Goto, instituição vinculada à Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, Área Programática 5.1, Zona Oeste, situado no bairro Sulacap, a 25 km do centro do Rio de Janeiro.

Esta Unidade de Saúde adota um atendimento humanizado em suas dependências, conforme recomendação do Ministério da Saúde, atendendo pacientes dos bairros circunvizinhos: Campo dos Afonsos, Realengo, Magalhães Bastos, Jardim Novo e Deodoro, com uma população de 260.262 habitantes, dentre os quais 130.434 são mulheres (IBGE, 2003).

O Posto de Saúde Professor Masao Goto, Unidade Básica Mista do SUS, reinaugurado em 27 de março de 2003, atende a baixa complexidade da área adstrita. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) local de 0,689 situa-se em 19º lugar no Rio de Janeiro, cujo IDH é de 0,832 (IBGE, 2000).

A média mensal de atendimentos é de 9.800 usuários, sendo que destes, 1.820 são mulheres na faixa etária correspondente à pesquisa (SIAB, 2008).

O prédio existente em anexo à Unidade principal, é destinado ao Pronto Atendimento, funcionando com três clínicos, três pediatras, quatro auxiliares de enfermagem, dois enfermeiros e dois administrativos, durante 24 horas, sendo uma referência das UBS da área AP-5.1, pela demanda espontânea de outras áreas, com média mensal de 15.000 usuários (SIAB, 2009).

A Unidade da pesquisa também é referência para a ESF da COHAB no bairro de Realengo. Esta Unidade da ESF tem cinco equipes com 19.600 moradores cadastrados (SIAB, 2009) e as/os usuárias/os são encaminhadas para atendimento de coleta de exames de laboratório, em especial aos exames de pré-natal e outras clínicas, quando necessárias à clientela da ESF.

O Posto de Saúde Professor Masao Goto participou do projeto piloto “Viva Mulher”, em 1997, e atualmente oferece atendimento ambulatorial , de segunda-feira à sábado, das 07:00h às 17:00h, com acolhimento humanizado e tratamento digno, propiciando dentro do possível o resgate da cidadania e da autoestima das suas

usuárias. Quando elas necessitam de um atendimento na Unidade secundária para acompanhamento, são referenciadas para a Policlínica Guilherme da Silveira Filho, no bairro de Padre Miguel, na Zona Oeste, mediante contato telefônico prévio com a central de marcação da Policlínica. Esta unidade secundária possui atendimento para Cirurgia de Alta Freqüência (CAF) e Colposcopia (Coordenação de Área 5.1, 2009).

5.3 POPULAÇÃO ALVO

Foi constituída de mulheres que, espontaneamente ou agendadas, compareceram ao ambulatório da Unidade de Saúde, ou que foram referenciadas da Estratégia Saúde da Família para atendimento em qualquer clínica da Unidade de Saúde da pesquisa.

O Programa de Prevenção do Câncer de Colo do Útero no Brasil, recomenda que as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade realizem um Papanicolaou a cada três anos após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano (MS, 2004a). Por este motivo, a população alvo ou base populacional foi constituída de mulheres com idades entre 20 e 59 anos, residentes na área adstrita AP-5.1 do Posto de Saúde Professor Masao Goto.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para participar da pesquisa: mulheres na faixa etária entre 20 e 59 anos, inscritas no PS Professor Masao Goto e/ou referenciadas da ESF da COHAB para atendimento em qualquer clínica, independente de cor, raça, escolaridade, renda, paridade e condição clínica, desde que desejassem participar das entrevistas.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas da amostra as pacientes que não estavam inscritas na Unidade de Saúde, que não atendiam ao requisito estabelecido em relação à faixa etária ou que não participaram integralmente da entrevista.

5.6 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foi representada por, no mínimo, 10% da população de 20 a 59 anos atendida mensalmente na Unidade Básica de Saúde da Zona Oeste AP-5.1 Posto de Saúde Professor Masao Goto, Rio de Janeiro, em qualquer clínica, totalizando 1.820 mulheres, em média. Após a validação dos critérios de inclusão e exclusão, foram entrevistadas 206 mulheres, sendo este número obtido de uma amostra de conveniência, considerando que foram selecionadas à medida que chegavam à sala de acolhimento.

5.7 DEFINIÇÃO DE DESCRITORES

Foram considerados os conceitos de conhecimento, atitude e prática, a partir das definições de Marinho (2003):

- Conhecimento – significa emitir, recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional) ou conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.
- Atitude – é essencialmente ter opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação.
- Prática – é a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se ao domínio afetivo e cognitivo – dimensão emocional.

A classificação de conhecimentos, atitudes e práticas foram avaliadas segundo critérios de adequação preconizada por BRENNA, (2001).

Quadro 2 – Classificação de conhecimentos, atitudes e práticas consideradas adequadas ou não

CONHECIMENTO	
ADEQUADO	**INADEQUADO**
Mulheres que já tinham ouvido falar do exame, e sabiam que era para detectar o câncer em geral ou, especificamente, o do colo uterino.	Mulheres que nunca ouviram falar do exame, ou já ouviram falar, mas não sabiam que era para detectar câncer ou câncer do colo uterino.
ATITUDE	
Mulheres que consideravam necessário realizar o Papanicolaou periodicamente	Mulheres que achavam pouco necessário, desnecessário ou não tinham opinião sobre a necessidade de realizar o Papanicolaou, ou que nunca ouviram falar do exame
PRÁTICA	
Mulheres que realizaram o último Papanicolaou nos últimos três anos	Mulheres que realizaram o último Papanicolaou no período acima de três anos, única vez na vida ou nunca

5.8 FONTES DE INFORMAÇÃO

Os dados da pesquisa foram coletados diretamente em entrevista com as usuárias cadastradas na Unidade Básica de Saúde e ESF, mediante aplicação de um roteiro de entrevista estruturada (Apêndice A), adaptado de Gamarra (2004), utilizado em pesquisa com os mesmos objetivos junto à população feminina da cidade de Puerto Leoni, na Argentina.

As entrevistas foram conduzidas pela mestranda em ambiente tranqüilo e confortável, após esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa e assinatura da entrevista no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), garantindo-se o sigilo e o anonimato, conforme os termos da Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

5.9 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis de interesse foram fichadas no roteiro de entrevista estruturada, instrumento de coleta de dados, conforme Anexo A, subordinadas à alocação por categorias ou classes.

Variáveis de natureza Clínica e Sóciodemográficas

- **I**dade- expressa em anos e dicotomizada entre 20 a 49 e de 50 a 59anos
- Estado civil- considerado solteira, casada/união, viúva, separada e divorciada.
- Escolaridade- considerada em anos de estudo e dicotomizada entre até 8ª. série e maior.

- atividade laborativa- mulheres que Trabalhavam fora do lar
- renda mensal- em salários mínimos
- Paridade- número de filhos tidos
- Doenças- referidas pela entrevistadas
- DST- doenças infecciosas do aparelho genital referida pela entrevistada.
- Antecedentes familiares com Câncer- referencia de neoplasia maligna em membros da família, independente da localização.
- Usuária ESF e/ou UBS – menção do serviço assistencial que freqüenta regularmente.

Variáveis relacionadas ao Conhecimento

- Conhecimento sobre o exame Papanicolaou
- Se o exame Papanicolaou previne câncer
- Doenças no Útero
- Doenças Sexualmente Transmissíveis
- Número de parceiros sexuais e HPV esta relacionado com câncer
- Freqüência do exame Papanicolaou
- Onde ouviu falar sobre câncer de colo uterino

Variáveis relacionadas à Atitude

- Finalidade do exame Papanicolaou, necessidade de realização do exame de prevenção
- Acesso à realização do exame de prevenção ao câncer de colo útero
- Número de consultas no último 12 meses
- Importância da realização do exame Papanicolaou
- Motivo da procura do exame Papanicolaou
- Atitude do exame Papanicolaou em relação às DST

Variáveis relacionadas à Prática

- Prática do exame Papanicolaou
- Mulheres que fazem pouco exame, mulheres que o fazem regularmente ou que nunca o fizeram, retorno ao resultado do exame Papanicolaou
- Importância da prática exame Papanicolaou
- Tempo de realização do último exame Papanicolaou
- Prática de realização do exame Papanicolaou em relação a DST e HPV
- Prática do exame Papanicolaou e atividade sexual.

5.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis foram estratificadas segundo critérios próprios. A seguir, procedeu-se o cálculo de prevalências, médias e desvio-padrão das diversas variáveis que foram cristalizadas por meio de tabelas com os respectivos intervalos de confiança. A seguir foram realizadas análises de associações bivariadas, considerando-se com variáveis dependentes, o conhecimento, a atitude e a prática e, como independente, as variáveis que caracterizam as condições clínicas e sóciodemográficas selecionadas no estudo. Para tanto considerou-se a associação como significativa, quando era $p \leq 0,05$, através da utilização dos testes qui quadrado ou de Fisher bilateral, quando o primeiro não cumpria as exigências. Para análise dos dados, foi utilizado o pacote estatístico EPI INFO 8.0.

5.11 CONSIDERAÇÕES DE NATUREZA ÉTICA

A confrontação teórica dos postulados científicos atuais da literatura consultada com os achados práticos dessa pesquisa, possibilitará novos conhecimentos no que diz respeito à saúde feminina.

Ressalta-se que para a execução da presente investigação, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) (Apêndice C), sendo aprovado em dezembro de 2009, conforme protocolo nº 200/09 Idêntico procedimento foi adotado, obtendo-se a necessária autorização da Direção da Unidade Básica de Saúde onde foi feita a pesquisa, a qual foi lavrada em documento formal disponível para consulta (Anexo A).

É válido ressaltar que a pesquisa não terá como objetivo esgotar o assunto enfocado, e sim, fornecer dados importantes sobre o conhecimento, atitudes e práticas da população feminina da área da AP5.1 Zona Oeste do Rio de Janeiro, sobre a prevenção do câncer de colo de útero, estimulando ações de promoção de saúde e prevenções específicas para a saúde da mulher.

6 RESULTADOS

6.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A apresentação dos resultados inicia-se com a descrição da amostra e apresentação de tabelas e quadros com a interpretação dos respectivos conteúdos.

As mulheres usuárias da Unidade Básica de Saúde da Zona Oeste, AP- 5.1 do Rio de Janeiro, demonstraram entendimento razoável ao responderam o questionário. Apenas seis tiveram muita dificuldade em respondê-lo. De um modo geral, a duração média das entrevistas foi de 23,25 ± 7,67 minutos.

As entrevistadas mostraram-se bastantes interessadas em participar da pesquisa, não havendo nenhuma recusa em responder o questionário. A origem por domicílio das entrevistadas revelou predomínio do bairro de Realengo, sendo os demais representados por percentuais mais reduzidos (Tabela2).

Tabela 2 - Distribuição quanto aos domicílios das entrevistadas UBS, Zona Oeste do Rio de Janeiro

Domicílios de origem	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC (95%)
Realengo	136	70,0	58,6-74,7
Sulacap	32	15,5	10,9-21,2
Magalhães Bastos	16	7,8	3,8-16,1
Vila Valqueire	10	3,0	2,0-8,7
Outros	12	3,3	2,2-14,4
TOTAL	206	100	

A idade média das entrevistadas variou de 20 a 59 anos; a média ficou em 36,76 ± 11,87 anos, sendo que 76,9% estavam na faixa de 20 a 49 anos. Quanto ao nível de escolaridade, a média foi de 7,33 ± 3,32 anos, sendo 40,5% formada por mulheres com escolaridade abaixo de nove anos. No que concerne ao estado civil, 49% eram casadas e 34% solteiras.

Quanto ao perfil obstétrico, a maioria referiu ter dois ou mais filhos, constituindo um grupo de multíparas (51,5%). Os dados da investigação revelaram ainda, que as mulheres que participaram da pesquisa trabalham fora do lar, em diversas profissões (56,8%).

Quanto à renda familiar, 59,7% está concentrada no extrato salarial de 1 a 2 salários mínimos da época da pesquisa (R$ 465,00). Os dados também revelaram que 49,3% eram evangélicas e 8,3% não tinham religião (Tabela3, a seguir).

Tabela 3 –-Distribuição quanto à situação socioeconômica e escolaridade das entrevistadas UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Variáveis sócioeconômicas	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC (95%)**
1-Escolaridade em anos			
Até 4 anos	49	23,8	16,5-27,9
5 a 8 anos de estudo	79	40,5	15,5-27,1
9 A 11 anos de estudo	63	20,9	12,4-20,3
+ de 11 anos de estudo	15	7,3	0,8-5,6
2-**Situação civil**			
Solteira	70	34,0	27,5-40,9
Casada	101	49,0	42,0-56,1
Viúva, Divorciada/separada	35	17,0	12,4-24,7
3- **Número de Filhos**			
Sem filhos	06	2,9	1,1-6,2
Um filho	37	18,0	13,0-23,9
Dois ou mais filhos	133	82,1	53,4 – 87,3
4- Atividade laborativa			
Do lar	98	48,0	42,0-56,0
Fora do lar	106	52,0	43,9,-59,0
5- Renda Familiar			
Sem salário	4	1,9	1,1-6,2
1 a 2 salários	123	59,7	52,7-66,5
2 a 3 salarios	57	27,7	21,7-34,3
4 a 5 salarios	22	10,7	1,8-17,5
6- Idade das mulheres			
20 a 49 anos	151	78,2	68,9-80,3
50 a 59 anos	45	21,8	14,5-26,3
7- Religião			
Evangélica	101	49,3	42,3-56,3
Católica	65	31,7	25,4-38,6
Outras	23	10,7	39,4-53,4
TOTAL	**206**	**100**	

As mulheres foram selecionadas por conveniência, à medida que chegavam na Unidade de Saúde, ainda na sala de acolhimento. Os dados mostram que houve uma distribuição uniforme da amostra na busca pelo atendimento, denotando certa homogeneidade (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição segundo a origem das clínicas de atendimento às entrevistadas UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Variáveis da Clínica versus Atendimento	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC (95%)**
Clinica Médica	41	19,9	14,7-26,0
Ginecologia	39	18,9	13,8-25,0
Pediatria	29	14,1	9,6-19,6
Enfermagem	19	10,7	5,4-18,3
Dermatologia	17	9.4	4,9-12,9
Odontologia	17	9,4	4,9-12,9
Outras	44	10,2	11.9 - 33.9
Total	**206**	**100**	

A Tabela 5 mostra, de maneira sucinta, a utilização dos serviços de saúde da UBS Zona Oeste do Rio de Janeiro. Grande parte das entrevistadas utiliza apenas os serviços da Unidade Básica de Saúde (76,7%) outra parte utiliza a Estratégia Saúde da Família e a Unidade Básica (23,3%).

Em relação ao motivo da procura pelos serviços de saúde, 51,3% informaram que estavam em busca para saber se tinham alguma doença, 33,6% apresentavam sintomas de alguma doença e pequeno percentual (10,1%) visava o planejamento familiar.

Nos últimos doze meses, 49% das mulheres compareceram de duas a três vezes ao serviço de saúde, e 20,9% referiram somente uma consulta no ano. É importante ressaltar que quando se refere a consulta em ginecologia, somente 33,5% das entrevistadas tinham realizado consulta ginecológica nos últimos 12 meses.

Tabela 5 – Distribuição da utilização dos Serviços de Saúde pelas entrevistadas UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Utilização dos Serviços	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC (95%)
1-Origem da Referência			
UBS	158	76,7	70,3-82,7
ESF	48	23,3	17,7-29,7
2-Motivos da procura pela unidade de saúde			
Saber se está com alguma doença	107	51,3	44,1-58,4
Atendimento por estar doente	68	33,6	26,0-43,4
Gravidez	11	5,0	2,4-9,0
Planejamento Familiar	20	10,1	6,2-15,1
3-Número de consultas nos últimos 12 meses			
Nenhuma vez	05	2,4	0,8-5,6
Uma vez	43	20,9	15,5-27,1
Duas a três vezes	101	49,0	42,0-56,1
Quatro a cinco vezes	57	27,7	18,9-38,5
4- Procurou o serviço de ginecologia nos últimos 12 meses	69	33.5	27,1-40,4
TOTAL	**206**	**100**	

Do ponto de vista da saúde reprodutiva, a quase totalidade das mulheres informaram ter atividade sexual. Quanto ao número de parceiros, 51,9% informaram ter tido de dois a cinco parceiros na vida. A maioria das mulheres (83,0%) referiu que o nascimento do primeiro filho foi entre 11 a 19 anos de idade, sendo que 47,1% da amostra tiveram passado de abortamento, independente da forma clínica (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição quanto à saúde reprodutiva das entrevistadas UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Variáveis da saúde reprodutiva	Absoluto (n)	Relativo (%)	IC (95%)
1- **Idade da Primeira Gestação**			
11 a 19anos	158	83,0	69,5-97,0
20 a 38 anos	32	17,0	12,4-24,7
2- Número de Parceiros Sexuais			
Dois a cinco	107	51,9	44,9-58,9
Seis a dez	86	41,7	34,9-48,8
Dez a vinte	09	4,4	2,0-8,1
Mais de dez	04	1,9	0,5-4,9
3- Abortos (provocados ou espontâneos)			
Um aborto	67	32,5	26,2-39,4
Dois Abortos	22	10,7	6,8-15,7
Mais de três abortos	08	3,9	1,4-5,4
TOTAL	**206**	**100**	

Na amostra analisada, nota-se que 37,4% das entrevistadas relataram antecedentes familiares de algum tipo de câncer, 11,2% de câncer de colo uterino e 15,5% de câncer de mama (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição quanto aos antecedentes familiares com câncer UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Variáveis familiares antecedentes com câncer	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC (95%)**
1-Familiar com algum tipo de Câncer	**77**	**37,4**	**19,2-47,3**
2-Familiar com Câncer de útero	23	11,2	7,2-16,3
3- Familiar com Câncer de Mama	22	10,7	5,4-15,9
4- Familiar com outros tipos de câncer	30	15,5	7,8-24,9
TOTAL	**77**	**37,4**	

1 - Conhecimento da prevenção do câncer de colo do útero através do exame Papanicolaou

Conhecimento significa emitir, recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional) ou conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.

O conhecimento das mulheres sobre a importância de realizar o exame Papanicolaou e o tipo de acolhimento oferecido, aliado à adequação dos profissionais de atenção básica estarem voltados para influenciar o comportamento preventivo das mulheres, e o rastreamento precoce, favorecem o entendimento na participação do auto cuidado.

Segundo Candeias & Marcondes (1979), o efeito benéfico da aquisição de conhecimento cientificamente correto, pode explicar uma atitude favorável e adesão à saúde.

Os dados da Tabela 8 mostram as informações sobre a aquisição do conhecimento relacionado a prevenção câncer do colo uterino, através do exame Papanicolaou. Observa-se que a maior fonte de informação veio, como esperado, através das Instituições de saúde (68%) e dos veículos de comunicação (49%), como rádio e televisão.

Tabela 8 – Distribuição segundo a origem das informações sobre o conhecimento do exame Papanicolaou UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

***Origem das Informações sobre o exame* Papanicolaou**	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC 95%**
Instituição de saúde	140	68,0	0,5-4,9
Rádio e TV	101	49,0	42,0 - 56,1
Trabalho	15	7,3	4,1 -11,7
Família	11	5,6	2,8-9,7
Igreja	4	1,9	95,1-99,5
TOTAL	**206**	**100**	

Em relação ao conhecimento do material que servirá de subsídio ao exame Papanicolaou pelo grupo estudado, observa-se que a maioria das mulheres sabe que o material analisado deve ser obtido de espécime colhido da vagina (85,4%). No entanto, ainda é observado que pequeno percentual, embora significativo, não sabe, e ainda, que algumas mulheres fazem citação anômala, como sangue e urina (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição segundo o conhecimento das entrevistadas em relação ao local da coleta do exame Papanicolaou UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Local de Coleta do Exame Papanicolaou	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC (95%)**
Vagina	178	85.4	87,8-95,8
Não sabem a origem	09	4..5	0,9-13,8
Sangue	03	1,6	0,3-4,6
Urina	03	1.6	0,3-4,6
Outros	13	6.9	3,2-10,5
Total	**206**	**100**	

Verificou-se, no processo de conhecimento da prevenção e necessidade de realização do exame Papanicolaou (Tabela 10) que 95,1% das mulheres consideram necessário e muito necessário realizar o exame. Quando indagadas sobre o intervalo de tempo que deveriam observar para realizar o preventivo, ficou patente o conhecimento que o exame deve ser anual (72,2%). Some-se a isso um porcentual significativo de mulheres que demonstraram conhecimento inadequado, mas

preocupação excessiva, dada a informação de realização do exame num tempo mais precoce (23,3%).

Tabela 10- Distribuição segundo a importância do conhecimento das entrevistadas em relação à realização do exame Papanicolaou UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Importância da Realização do Papanicolaou	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC (95%)**
Necessário	110	53.4	46,3-60,4
Muito Necessário	86	41.7	34,9-48,8
Pouco Necessário	10	4.9	1,7-7,5
Tempo de realização do exame			
Um mês	3	1,5	0,3-4,2
Seis meses	45	21,8	16,4-28,1
Um ano	149	72,2	65,7-78,3
Três anos	2	2,0	0,5-7,5
Cinco anos	4	2,0	0,4-6,9
TOTAL	**206**	**100**	

A Tabela 11 resume o conhecimento das entrevistadas sobre questões relativas ao exame Papanicolaou, seja na utilidade, seja no local de realização ou acerca das informações prestadas pelos profissionais de saúde.

Neste sentido, 93,2 % das mulheres responderam que o Papanicolaou é importante e previne o câncer de colo de útero. Por outro lado, a maioria das entrevistadas (51,5%) desconhece que a ESF faz a coleta do exame Papanicolaou e 48,5% tem conhecimento da existência do exame na ESF.Fato inconteste: apenas 30,6% das entrevistadas receberam informação do médico ou de outro profissional de saúde sobre o exame Papanicolaou, e somente 30,6% responderam afirmativamente quando indagadas se mencionaram a possibilidade de realização do exame Papanicolaou durante a consulta.

Tabela 11-Distribuição das entrevistadas sobre o conhecimento do exame Papanicolaou UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Conhecimento do exame Papanicolaou	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC (95%)**
Já escutou falar no exame Papanicolaou	192	93,2	88,9-96,2
O exame Papanicolaou é feito na ESF	100	48,5	41,5-55,6
O exame Papanicolaou previne o câncer de_colo de uterino.	177	85,6	80,4-90,4
O médico ou o enfermeiro informou sobre o Papanicolaou em alguma consulta realizada	63	30,6	24,4-37,4
Em alguma consulta o profissional de saúde falou sobre o Papanicolaou, sem que a mulher tenha perguntado	63	30,6	24,4-37,4
TOTAL	**206**	**100**	

Os dados da Tabela 12 mostram que, de algum modo, as entrevistadas sabem que o exame Papanicolaou tem serventia na prevenção do colo do útero. Pelo exposto, 51% das mulheres tem conhecimento preciso da utilidade do exame e percentual significativo de mulheres (40,8%) mostra conhecimento através de rubricas diferentes, mas que guardam relação com a doença (corrimento, líquido no útero, câncer na mulher).

Tabela 12- Distribuição segundo o conhecimento das entrevistadas em relação à finalidade do exame Papanicolaou UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Utilidade do Exame Papanicolaou	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC (95%)**
Câncer de colo de útero	100	51,0	41,8-56,2
Corrimento	33	16,9	10,5-26,6
Câncer na Mulher	29	14,8	10,1-20,6
Gravidez	28	14,3	9,6 -20,1
Liquido no útero	16	8,2	4,7-12,9
Total	**206**	**100**	

A tabela 13 mostra as várias formas de conhecimento relacionados ao câncer de colo de útero. Segundo os dados: 99,5% das mulheres entrevistadas já ouviram falar no câncer de uterino; 50,7% informaram que o número de parceiros sexuais está relacionado ao câncer; 44,9% conhecem a relação do vírus HPV com o câncer de colo uterino; 59,2% acham que o câncer de colo de útero tem cura; 48,7% acreditam na cura total sem a retirada do útero, se a doença for detectada no início.

Tabela 13 –Distribuição segundo o Conhecimento das entrevistadas sobre o câncer de colo de útero UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Variáveis do Conhecimento do Câncer de Colo Uterino	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC (95%)**
Já escutou falar sobre o Câncer de colo uterino.	205	99,5	97,3-100
Tem alguma relação com número de parceiros sexuais que teve em sua vida.	104	50,7	43,7-57,8
Tem alguma relação com o HPV Papiloma Vírus Humano.	92	44,9	37,9-52,0
O câncer de colo uterino é uma doença que tem cura ?	122	59,2	52,2-66,0
Existe a cura total sem retirada do útero, se for detectado no início?	92	48,7	41,4-56,0
TOTAL	**206**	**100**	

A adequação ao conhecimento, expresso através do relato de que já tinham ouvido falar do exame Papanicolaou, foi bastante elevada no grupo estudado. Observou-se, ainda, que as condições sociais, demográficas e clínicas não influenciaram de modo significativo este tipo de conhecimento. Por outro lado, as mulheres que freqüentam a Estratégia Saúde da Família (ESF), e aquelas que têm conhecimento de que o HPV tem relação com o câncer do colo de útero, revelaram influência significativa na adequação ao conhecimento (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição da adequação do conhecimento das entrevistadas em relação a variáveis de natureza clínica e sóciodemográfica

Variáveis	Adequado (n)	Adequado (%)	Não adequado (n)	Não adequado (%)	Total	p valor
ORIGEM PSF (ESF)						
Sim	48	100	00	0	48	
Não	144	91,1	14	8,9	158	**0,0211***
ESCOLARIDADE (até 8ª série)						
Sim	118	92,9	09	7,1	127	
Não	72	93,5	05	6,5	77	0,5568
PARIDADE						
Sim	175	93,6	12	6,4	187	0,3775
Não	17	89,5	02	10,5	19	
TRABALHA FORA						
Sim	99	94,3	06	5,7	105	
Não	98	91,9	01	8,1	99	0,3478
IDADE < 49 ANOS						
Sim	149	92,5	12	7,5	161	
Não	43	95,6	02	4,4	45	0,3740
CONSULTA GINECOLOGICA (últimos 12 meses)						
Sim	64	92,8	05	7,2	69	
Não	128	93,4	07	6,6	135	0,5325
PROBLEMA UTERO						
Sim	47	94,0	03	6,0	50	
Não	138	92,6	11	7,4	149	0,4440
DST						
Sim	40	95,2	02	4,8	42	0,4540
Não	135	92,5	11	7,5	146	
ANTECED. FAMILIAR CÂNCER						
Sim	68	90,7	07	9,3	75	
Não	119	94,4	07	5,6	126	0,2298
HPV RELACIONADO AO CANCER						
Sim	68	97.2	4	4,3	70	**0,0254**
Não	129	90,1	9	8,6	129	

* Significativo

2 - Atitude em Saúde

Significa comportamento, procedimento e como reação ou maneira de ser em relação a determinadas situações. Uma atitude é um modo de proceder que carrega muito dos nossos traços, ou seja, o que somos, o que pensamos e também nossos conflitos. As atitudes podem, às vezes, carregar o que chamamos de mensagens subliminares (estímulo que não é suficientemente intenso para que o indivíduo tome consciência dele, mas que, repetido, atua no sentido de alcançar um efeito desejado). A atitude esperada das mulheres da UBS na Zona Oeste é que mediante a necessidade de situações que demandem atitudes precisas sejam imediatamente tomadas.

Os dados da Tabela 15 demonstram que a maioria das entrevistadas procurou a Unidade de Saúde mais de uma vez ao ano (76,7%), e ainda, que 33,5% das mulheres buscaram atendimento ginecológico nos últimos 12 meses. Ressalta-se que 92,2% das entrevistadas informaram já ter feito o preventivo, e 7,8% relataram nunca tê-lo feito.

Tabela 15 - Distribuição segundo o número de vezes que as entrevistadas procuraram saber sobre a própria saúde, nos últimos 12 meses UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Uso de serviços nos últimos 12 meses	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC (95%)**
Uma vez	43	20,9	15,5-27,1
Entre 2 a 3 vezes	101	49,0	42,0-56,1
Entre 4 a 5 vezes	35	17,0	12,1-22,8
Mais de 5 vezes	22	10,7	6,8-15,7
Consultas nos últimos 12 meses na ginecologia			
1-Sim	69	33,5	27,1-40,4
2-Não	135	66,5	59,1-75,2
Já fez o Papanicolaou			
Sim	180	92,2	88,9-96,2
Não	15	7,3	3,4-10,5
Não sabe	01	0,5	0,0-2,7
TOTAL	**206**	**100**	

A Tabela 16 refere-se ao número de vezes que as entrevistadas realizaram o exame Papanicolaou durante suas vidas. Observou-se que, pela média de idade das mulheres, houve uma atividade razoável quanto à realização do exame, dado 68,6% realizaram-no mais de cinco vezes, embora exista quem nunca o tenha realizado.

Tabela 16 - Distribuição em relação ao número de vezes que as entrevistadas realizaram o Papanicolaou durante a vida UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Realização do Exame Papanicolaou durante a vida	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC (95%)**
Nunca fez o exame	16	7,8	3,4-10,5
Somente uma vez	31	15,5	10,5-20,7
2 a 4 vezes	41	19,9	14,7-26,0
5 a 9 vezes	67	32,5	26.4-42,0
10 a 19	37	19,4	14,2-25,5
20 vezes ou mais	14	6,8	3,8-11,1
TOTAL	**206**	**100**	

Quanto avaliada a necessidade de realização do exame colpocitógico, ficou estabelecido que 95,1%, consideram o exame necessário e 4%, pouco necessário. Esses dados demonstram que a atitude das mulheres em relação à necessidade do exame foi adequada, evitando o processo de adoecimento e permitindo o auto cuidado (Tabela 17).

Tabela 17- Distribuição quanto à atitude das entrevistadas em relação ao exame Papanicolaou UBS , Zona Oeste Rio de Janeiro

Importância da realização do Exame Papanicolaou	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC (95%)**
Necessário	110	53,4	46,3-60,4
Muito necessário	86	41,7	34,9-48,8
Pouco necessário	08	3,9	1,7-7,5
Não sabe informar	02	0,1	0,0-5,4
TOTAL	**206**	**100**	

Os dados desta Tabela 18 evidenciam a adequação das atitudes em relação à necessidade da realização do exame Papanicolaou, segundo critérios de natureza clínica e sóciodemográfica. Observou-se que as mulheres com problemas no útero,

que tiveram consulta nos últimos 12 meses e referiram antecedentes de câncer na família, adequaram-se significativamente na atitude frente ao exame. As demais variáveis não mostraram poder de associação.

Tabela 18– Distribuição da adequação da atitude em relação a variáveis clínicas e sociodemográficas UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Variáveis	adequado (n)	adequado (%)	não adequado (n)	não adequado (%)	Total	p valor
ORIGEM PSF (ESF)						
Sim	45	93,8	03	6,3	48	
Não	149	95,5	07	4,5	156	0,4307
ESCOLARIDADE (até 8ª série)						
Sim	122	96,8	04	3,2	126	
Não	71	93,4	05	6,6	76	0,2141
PARIDADE						
Sim	176	94,6	10	5,4	186	0,3883
Não	18	100	00	00	18	
TRABALHA FORA						
Sim	97	94,2	06	5,8	103	
Não	95	96,0	04	4,0	99	0,3989
IDADE < 49 ANOS						
Sim	153	95,6	07	4,4	160	
Não	41	93,2	03	6,8	44	0,3694
DST						
Sim	38	92,7	03	7,3	41	
Não	139	95,9	06	4,1	145	0,3151
CONSULTA GINECOLOGICA (últimos 12 meses)						
Sim	64	92,8	05	7,2	69	
Não	128	93,4	07	6,6	135	0,0527
PROBLEMA UTERO						
Sim	46	92,0	04	8,0	50	**0,0060**
Não	142	96,6	05	3,4	147	
CANCER PARC SEXUAIS						
Sim	97	94,2	6	5,8	103	0,5884
Não	79	95,2	04	4,8	83	
ANTECED. FAMILIAR CÂNCER						
Sim	73	98,6	01	1,4	74	
Não	116	92,8	09	7,2	125	0,0413
CÂNCER RELACIONADO HPV						
Sim	87	94,6	05	5,4	92	0,1683
Não	72	98,6	01	1,4	73	

*significativo

3 - Práticas em Saúde

São as tomadas de decisão para executar uma ação. Relacionam-se aos domínios psicomotor, afetivo, dimensão emocional.

Quando questionadas sobre a procura correta para o exame colpocitológico, 92,2% das mulheres declararam que fizeram o exame, independente de queixa clínica. Destas, 45,5% fizeram apenas quando apresentaram sintomas ginecológicos e 46,7% realizaram o exame periodicamente, ainda que sadias. A necessidade desta prática, foi confirmada por 95,1% das mulheres. Quando perguntadas sobre o número de exames feitos durante a vida, 56% responderam que fizeram poucos exames ao longo de suas vida e 44,0% informaram que realizaram exames suficientes durante a sua vida até o momento da entrevista.(Tabela 19).

Tabela 19- Distribuição da realização correta do exame Papanicolaou, segundo as entrevistadas UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Realização de Exames Papanicolaou	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC (95%)**
Sintomas ginecológicos	94	45,5	42,0-5,1
Periodicamente ainda que sadia	96	46,7	35,6-60,9
Nunca realizaram o exame	16	7,8	2,6-16,9
Necessidade da prática do exame			
Necessário	110	53,4	46,3-60,4
Muito Necessário	86	41,7	34,9-48,8
Pouco necessário	10	4,9	1,7-12,9
Sobre o número de exames realizados			
Suficientes	92	44,0	38,5-49,6
Poucos	124	56,0	58,0- 68,8

A Tabela 20 estratifica a periodicidade de realização do exame Papanicolaou, mostrando que a maioria da população entrevistada (77,2%) informou realizá-lo, segundo as recomendações dos programas do Ministério da Saúde (1 a 3 anos), mas observamos 44,7% de mulheres que o fazem menos de um ano segundo elas informaram estar em acompanhamento com resultados alterados NIC I, HPV, NICII.

Tabela 20- Distribuição em relação ao tempo da prática do exame Papanicolaou pelas entrevistadas UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Variáveis da prática do Exame Papanicolaou	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC (95%)**
Menos de 1 ano	31	44,7	37,7-51,7
1 a 3 anos	67	32,5	26,2-39,4
3 a 5 anos	20	9,7	6,0-14,6
5-10 anos	4	1,9	0,5-4,9
Mais de 10 anos	7	3,4	1,4-6,9
Nunca fizeram	16	7,8	4,1-14,4
Total	**206**	**100**	

A Tabela 21 mostra que as principais barreiras para a realização do exame colpocitológico são os problemas de natureza pessoal e social. Chama a atenção as razões relacionadas ao acesso aos programas de prevenção do câncer e oportunidade da realização, ficando esta subordinada ao aparecimento de sintomas que, muitas vezes, fazem com que o exame mude o seu caráter; saindo da linha de prevenção para a linha de diagnóstico do câncer.

Tabela 21- Distribuição em relação às barreiras para a prática do exame Papanicolaou pelas entrevistadas UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Barreiras para a realização do Exame Papanicolaou	**Absoluto (n)**	**Relativo (%)**	**IC (95%)**
Descuido	29	15,0	10,5,-21,5
Nega sintoma (dor)	20	11,2	10,0-20,5
Não consegue atendimento	20	11,2	10,0-20,5
Não gosta de fazer o exame	19	11,0	9,0- 18,8
Não tem com quem deixar os filhos	10	5,0	4,7-12,9
TOTAL	**98**	**54,4**	

A Tabela 22 avalia a adequação das práticas, expressas através da realização de exames nos últimos 3 anos, relacionadas a critérios de natureza clínica e sóciodemográfica. Observa-se que condições como maior escolaridade,

serem mais jovens (< 49 anos), terem menos de cinco parceiros sexuais, não terem antecedente familiar de câncer ou história de DST, foram significativas no que concerne à adoção das boas práticas referentes a realização do exame Papanicolaou. Por outro lado, a origem da população atendida, a maior paridade, trabalho no lar, problema no útero e consultas ginecológicas irregulares nos últimos 12 meses, foram fatores que não revelaram influência na adequação das práticas relacionadas ao exame Papanicolaou

.Tabela 22 – Distribuição da adequação das práticas em relação a variáveis clínicas e sócio demográficas UBS, Zona Oeste Rio de Janeiro

Variáveis	adequado (n)	adequado (%)	não adequado (n)	não adequado (%)	Total	p valor
ORIGEM PSF(ESF)						
Sim	21	43,8	27	56,3	48	
Não	77	48,7	81	51,3	158	0,3303
ESCOLARIDADE > 8ª série)						
Sim	67	52,8	60	47,2	127	**0,0382***
Não	30	39,0	47	61,0	77	
PARIDADE						
Sim	90	48,1	97	51,9	187	0,3990
Não	08	42,1	11	57,9	19	
TRABALHA FORA						
Sim	46	43,8	59	56,2	105	
Não	50	50,5	49	49,5	99	0,2069
IDADE < 49 ANOS						
Sim	90	95,6	71	4,4	161	
Não	08	17,8	37	82,2	45	**0,0000***
DST						
Sim	27	64,3	15	35,7	42	
Não	60	41,1	86	58,9	146	0,0064*
CONSULTA GINECOLOGICA (últimos 12 meses)						
Sim	37	53,6	32	46,4	69	
Não	61	44,5	76	55,5	137	0,1386
PROBLEMA UTERO						
Sim	26	52,0	24	48,0	50	0,2027
Não	66	44,3	83	55,7	149	
> 5 PARCEIROS SEXUAIS						
Sim	54	51,9	50	48,1	104	**0,0078***
Não	34	40,5	50	59,5	84	
ANTECED. FAMILIAR CÂNCER						
Sim	28	37,3	47	67,7	75	
Não	66	52,4	60	47,6	126	**0,0270***
CÂNCER RELACIONADO HPV						
Sim	48	51,6	45	48,4	93	0,3772
Não	35	47,9	38	52,1	73	

* significativo

7- DISCUSSÃO

Nas últimas duas décadas, muitas tem sido as discussões sobre a prevenção de câncer de colo uterino, com ênfase no que diz respeito ao exame Papanicolaou. Neste capítulo, procurou-se então, enfocar, através da comparação com outros estudos, o conhecimento, a atitude e a prática da prevenção do câncer de colo do útero, tendo como pano de fundo, as mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da Zona Oeste do Rio de Janeiro, estabelecendo uma discussão pertinente aos resultados dos confrontos entre algumas variáveis de natureza clínica, socioeconômica e demográfica.

As mulheres que participaram da presente pesquisa residem em locais circunvizinhos à referida Unidade Básica de Saúde, com predomínio dos bairros de Realengo, Sulacap e Magalhães Bastos. Neste sentido, pode-se concluir que a simples existência de um local destinado a uma atividade de saúde, pode agregar em torno de si, populações em busca de atendimento geral ou especializado.

Ainda neste raciocínio, pode-se inferir que populações que residem em áreas mais distantes, padecem de dificuldades relacionadas ao acesso, ao transporte e aos problemas de natureza social e econômica, tão comuns em populações mais carentes.

Observou-se, nesta pesquisa, que 23,3% das mulheres são usuárias da ESF e UBS, 76,7% da UBS na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, sendo 76,9% > 49 anos de idade, com renda de 1 a 2 salários mínimos . Segundo Hegarty et al. (2000), pessoas com condições sociais e econômicas desfavoráveis, têm maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde ficando, conseqüentemente, expostas ao

diagnóstico tardio de várias doenças, inclusive o câncer de colo do útero, no caso em estudo.

Os números evidenciaram que 63,1% das mulheres da UBS Zona Oeste do Rio de Janeiro, tinham de 1 a 8 anos de estudo e 59,7%, situação econômica concentrada no extrato salarial da época da estatística, ou seja, de um a dois salários mínimos no valor de quatrocentos e sessenta e cinco reais. Segundo FREITAS (2006,p39) "os níveis sociais e econômicos se harmonizam na associação de fatores de riscos e , consequentemente, com a falta de uso do sistema de saúde no aspecto preventivo, como a realização de exames regulares, busca de informações e tratamento antecipado ás doenças".

Acredita-se que as menores taxas de incidência de câncer de colo do útero têm na maior escolaridade um fator protetor em relação à ocorrência da moléstia, ao contrário do baixo grau de escolaridade, que traz como conseqüência a falta de conscientização para o exercício da cidadania como forma de prevenção e acesso á assistência á Saúde (MORAIS 1997, *apud* ZIEGLER, 2002).

O exame de prevenção do câncer de colo de útero é uma ação disponibilizada pelos serviços de saúde e incorporada à assistência integral à saúde da mulher. Porém, nota-se que ainda não ocorre uma completa adesão da população feminina aos serviços de saúde, diminuindo a possibilidade de diagnóstico do câncer em seus estágios iniciais.

A amostra evidenciou as características reprodutivas de mulheres com primeira concepção variável, sendo que 79% tiveram seu primeiro filho na adolescência, entre 11 e 19 anos, fator de risco para este tipo de câncer. Menor percentual (67,1%) aconteceu na pesquisa feita com mulheres em Sumé, na Paraíba (GONÇALVES, 2002). É importante destacar que a precocidade sexual

representa, dentre outros, um fator de risco que torna as mulheres suscetíveis a agressões oncogênicas, devido à imaturidade do epitélio, levando à maior exposição ao Câncer e às DST (INCA, 2008).

As características reprodutivas, nesta pesquisa, foram observadas em mulheres de alta paridade: 85,0% tinham pelo menos um filho, e 82,1%, dois ou mais filhos; poucas mulheres (10%) relataram ter participado do planejamento familiar. Segundo pesquisa de Gamarra (2004), o grupo apresentou maior paridade (91,0%), sendo que 56,0% das entrevistadas tinham participado do planejamento familiar.

. Quanto ao nível socioeconômico, cabe destacar que 58,7% das entrevistadas trabalham fora, em diversas profissões. Isso mostra que uma importante alteração tem ocorrido no campo de trabalho da mulher brasileira e que, à medida que as mulheres aumentam sua presença no mercado de trabalho, ocorrem alterações em seus papéis, estilo de vida e padrões, sendo o predomínio de mulheres casadas.

Sabe-se que o estado civil está associado á melhora da saúde das pessoas e das populações de um modo geral (PEREIRA, 2000) isto porque a família confere certa proteção e segurança favorável à mulher, que se refletem diretamente no seu nível de saúde. A vida a dois costuma trazer mudanças positivas nos comportamentos de saúde e sexual do casal. Em geral, alteram-se os riscos venéreos, e a gravidez pode ser mais planejada, conferindo estabilidade, qualidade de vida e proteção ao casal para lidar com os problemas da vida moderna (LEVERT, 1998).

Por outro lado, há quem advogue que a maioria dos casais brasileiros tem a falsa idéia de que o casamento os protege contra as DST, consideradas como fatores de risco para o câncer cervical (MICHAEL, 2000).

Quando perguntadas quanto à utilização dos serviços de saúde nos últimos doze meses, 51,3% tinham procurado a Unidade pelo menos uma vez ao ano para algum tipo de atendimento; somente 33,5% informaram a procura apenas quando apresentavam sintomas ginecológicos.

Os resultados de Racho (2007) em vultosa investigação realizada em Pelotas-RS, mostrou que a procura pelos serviços de saúde daquele município é feita de forma preventiva, talvez influenciada por fortes campanhas educativas, típicas daquele Estado.

Em relação ao número de parceiros sexuais, 51,9% das entrevistadas informaram ter tido, ao longo da vida, dois a cinco parceiros, mas somente 44,9% conheciam a relação do vírus HPV com o câncer de colo do útero, o que demonstra conhecimento inadequado a respeito. Neste sentido, vale ressaltar, que mulheres que tiveram vários parceiros devem ser conscientizadas de que este fato pode influenciar na aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, como o HPV, aumentando os riscos de infecção do colo do útero e, consequentemente, do surgimento do câncer (MURTA, 2002).

Da análise dos resultados sobre conhecimento acerca do exame Papanicolaou, observou-se que a maioria das mulheres ouviu falar do assunto, considerando-se também como conhecimento adequado a utilidade do exame ao informarem que deve ser feito anualmente (72,3%), índice mais elevado do que os atingidos na Argentina (GAMARRA, 2004) com 33,5%, e em Pelotas - RS, com 66.9% (RACHO, 2007).

Apesar de as mulheres terem consciência da importância de se cuidarem, dos riscos de adoecer caso não façam o exame Papanicolaou e de reconhecerem seus benefícios, ainda são expressivos os números de câncer de colo do útero no Rio de

Janeiro, diante da previsão de ocorrência de 2.080 casos para o ano de 2010 (INCA, 2009).

Segundo a lógica da atitude em relação ao exame Papanicolaou, 95,1% das mulheres consideram-no necessário em suas vidas. Verificou-se que a maioria apresentou conhecimento adequado quanto à importância do exame na prevenção do câncer de colo de útero. As Instituições de Saúde (68,0%) e as emissoras de rádio e televisão (49,0%) foram as maiores fontes de informação para as mulheres sobre a prevenção do câncer de colo uterino. Somente 30,6% das mulheres falaram que receberam informação do médico ou outro profissional de saúde sobre o exame Papanicolaou durante o atendimento e 30,6% responderam afirmativamente que perguntaram sobre o exame durante a consulta.

Esses dados revelam que as campanhas esclarecedoras a níveis nacionais e internacionais ainda passam ao largo da participação dos profissionais de saúde. Torna-se necessário que estes profissionais não esqueçam das elaborações que permeiam o pensar e o sentir da mulher sobre a realização deste exame, que devem ser consideradas, bem como fiquem atentos às apreensões subjacentes à realização do exame, sendo empáticos e capazes de compreender a situação da mulher que pretende realizá-lo.

As entrevistadas, quando questionadas se já ouviram falar sobre o câncer de colo do útero, responderam que sim (99,5%); quando perguntadas sobre a cura, a maioria das mulheres respondeu afirmativamente, mas quando perguntadas se existe a cura total do câncer sem retirada do útero, um número expressivo de mulheres (51,3%) respondeu que não.

Observa-se a incoerência: inicialmente, as mulheres pareciam acreditar na prevenção, porém mostram dúvidas sobre a sua eficácia, uma vez que as ouviram

falar da doença câncer adequadamente e existência de cura; mas percebe-se descrença em relação à cura total, porque julgam que todos os cânceres têm as mesmas características mutilantes e são causadores de morte iminente.

Em relação da lógica do conhecimento e às relações sociodemográficas e clínicas, segundo a tabela 14, em relação ao conhecimento já ouviram falar do exame Papanicolaou, mas as usuárias das Unidades da Estratégia Saúde da Família e as que tem o conhecimento do HPV e sua relação com o câncer de colo do útero, revelaram influências significativas na adequação do conhecimento, diferentemente das usuárias da UBS, que apresentaram conhecimento inadequado acerca da relação do vírus HPV com o câncer de colo do útero.

A investigação de fatores que determinam adequação do conhecimento e da atitude sobre o Papanicolaou entre as mulheres entrevistadas foi de grande importância no investimento em atividades para melhorar a atitude porque estaria ajudando a aumentar a prática.

No que diz respeito à atitude relacionada à coleta do exame Papanicolaou, 92,2% relataram ter feito exame, sendo que 7,8% das mulheres nunca o realizaram e 33,5% das mulheres pesquisadas informaram ter procurado o serviço de ginecologia nos últimos 12 meses, sendo que 68,6% informaram ter ido à Unidade de Saúde ao longo da vida mais de cinco vezes, e que foi através do planejamento familiar que se deu a realização do primeiro exame Papanicolaou. Esses dados podem levar a inferir que a preocupação da população feminina com o câncer cervical está subordinada a uma questão maior de natureza reprodutiva

Ressalta-se que quando avaliada a necessidade de realização do exame colpocitológico 95,1% consideraram-no necessário, mostrando atitude adequada, evitando o processo de adoecimento.

Neste estudo, na avaliação da atitude expressa através da adequação da necessidade de realização do exame Papanicolaou em relação com as variáveis escolaridade, trabalhar fora e paridade, observou-se que as mulheres que apresentaram alguma doença no útero, que referiram antecedentes de câncer familiar e consulta nos últimos 12 meses, apresentaram adequação de modo significativo na atitude frente ao exames Papanicolaou.

No que diz respeito à procura correta para a prática do exame Papanicolaou, 46,7% das entrevistadas fazem periodicamente o exame, ainda que sadias, o que confirma que esta parcela de mulheres tem práticas adequadas em relação à saúde. Esse índice foi menor que o relatado na população rural da África do Sul: 60,6% (LARTEY, 2003), mas um volume maior de mulheres 53,3% com práticas inadequadas procuram somente a Unidade de Saúde por causa de problemas ginecológicos ou desconhecem as razões corretas da realização do exame, contrariando a premissa básica do exame Papanicolaou, que recomenda seja realizado periodicamente em mulheres sem sintomas ginecológicos (OPS ,1998).

É comum entre as populações de países em desenvolvimento, o entendimento de que não há necessidade de ir ao médico quando não se sente nada (SENSKY,1996); por isso, o aspecto preventivo nestes países é precário, sobretudo porque há poucas ações educativas para mudar este hábito (RESTREPO et al., 1978).

Em países desenvolvidos, o exame Papanicolaou, adquiriu o *status* de técnica de rastreamento efetiva e eficiente em reduzir as taxas de morbi-mortalidade por câncer cervical, o mesmo não sendo observado nos paises em desenvolvimento, cuja cobertura do exame ainda não alcançou níveis suficientes e coerentes com a necessidade da população feminina (WELLENSIEK, 2002).

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis, observou-se que 23,2% de mulheres responderam já ter tido algum tipo de DST. Além disso, 33% das mulheres não associaram a proteção utilizada nas relações sexuais com a suscetibilidade a doenças como o HPV, portanto, diminuindo a probabilidade de buscar práticas de prevenção ao câncer de colo do útero.

Estudo realizado pela secretaria municipal de saúde do Ceará em 2002, aponta como motivos à falta de adesão à camisinha: desinformação, descrédito na contaminação de DST, diminuição da auto estima, descaso com o autocuidado, falta de autonomia e medo de se expor a situações embaraçosas.

Na presente investigação, foi constatado haver prática adequada sobre a necessidade da realização do exame Papanicolaou, mas, quando perguntadas sobre o número de exames feitos durante a vida, 56,0% das entrevistadas responderam que fizeram poucos exames até o momento da entrevista, revelando índices semelhantes aos das mulheres do Nordeste em Sumé (57%) (GONÇALVES et al, 2002)

A periocidade da realização do exame Papanicolaou, mostrando que a grande maioria da população (77,2%) realizou o exame no intervalo de 1 a 3 anos, revela também adequação na prática, mas esses números estão abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde, que aceita resultados balizados entre 80,0% e 85,0%, com isso assegurando a efetividade dos programas de prevenção do câncer de colo do útero, além de produzir algum impacto no quadro epidemiológico deste tipo de câncer.

Segundo pesquisa, o Paraná é o estado brasileiro onde a cobertura de exames colpocitológicos realizados pelo Sistema Único de Saúde chega a 85% (SMS PARANA, 2006). No entender de Dias-da-Costa et al.(1998), o contato com o

serviço de saúde parece aumentar a probabilidade de realização do exame, ou seja, a prática do exame. Os resultados demonstram que ainda existe a necessidade de se ampliar as ações de educação em saúde nas Unidades Básicas, estimulando e orientado as mulheres na prática a prevenção do câncer de colo do útero.

As justificativas relacionadas com a não realização do exame são variadas, tendo maior relevância a ausência de queixa ginecológica, o descuido, o medo do exame e a falta de solicitação médica, condições estas que exercem grande influência na prática inadequada do exame Papanicolaou e colocam, desnecessariamente, a saúde da mulher em risco. Esses fatores foram semelhantes aos citados por Gamarra (2004) quando avaliou mulheres de Puerto de Leoni – Argentina.

As barreiras citadas acima para a não realização do exame podem ser indicadores de desconhecimento das ações preventivas destas mulheres, que acham que para a realização do exame Papanicolaou, é preciso estar doente, com sintomas ginecológicos e devidamente munidas de solicitação do exame, feita por um profissional de saúde.

É relevante lembrar que a habilidade dos profissionais de saúde de informar a população feminina sobre a importância do exame Papanicolaou, especialmente em mulheres sem sintomas, é considerada um dos pilares do programa de prevenção do câncer de colo do útero (OPS ,1998).

Dado que chamou bastante a atenção foi o fato das mulheres que são vinculadas à ESF terem maior conhecimento, atitude e facilita a prática em relação ao exame Papanicolaou, corroborando as informações de que o vínculo com a ESF é construído em cima de relações de confiança para discutir as representações sociais, individuais e culturais sobre a sexualidade e a prevenção do câncer de colo

do útero, tendo como resultado a sensibilização da mulher para a adequação de conhecimentos , atitudes e práticas que visam á promoção , prevenção de morbidades quando se faz necessário e com possibilidades de vida de modo saudável e acompanhamento mais próximo com os profissionais de saúde, pelas características existentes na ESF.

A despeito das dificuldades já enumeradas, as entrevistadas conseguem obter os resultados dos exames, portanto, apresentam prática adequada em relação a essa questão. Estudo semelhante, realizado por PINHO.(2003) em Londrina Paraná, revelou que 85% das mulheres também tiveram atitude adequada quanto à busca pelo resultado do Papanicolaou. Este dado é importante, pois, parte do insucesso do programa de prevenção ao câncer de colo do útero se deve ao fato de que muitas mulheres não voltam ao médico para saber o resultado do Papanicolaou (PINOTTI & BORGES, 1997).

Desafortunadamente, ainda existe parcela significativa da população feminina entrevistada (53,8%) que não realiza o exame rotineiramente. Atribuem a isso a falta de iniciativa pessoal sobre a informação do exame na consulta, e também a falta de iniciativa por parte dos profissionais de saúde.

Sendo assim, é necessário que os profissionais superem as expectativas das mulheres, desenvolvendo um clima de empatia e confiança. Uma prática de interação e humanização, com preparo técnico, mas com intuição e sensibilidade, certamente contribuirá para a qualidade do atendimento prestado à mulher durante a realização do exame (MERIGHI et al.,1999).

Portanto, aumentar a oferta dos exames com realização em mulheres que nunca ou raramente freqüentam os serviços de saúde, é conduta eficaz para a

redução da morbimortalidade da doença. Acredita-se que este se configure com um dos maiores desafios dos órgãos gestores de saúde (INCA, 2004).

Existe uma relação direta da situação socioeconômica com a prática do exame Papanicolaou, assim como acontece com a incidência e a mortalidade por câncer de colo do útero. Sabe-se que mulheres com menor escolaridade e renda, apresentam menor cobertura do exame (NASCIMENTO et al., 1996;DIAS-DA-COSTA et al., 1998) apresentando, portanto, maior probabilidade de desenvolvimento do câncer em questão (CORRAL et al., 1996; HOYO et al., 2000).

Em relação ao histórico familiar, o presente estudo revelou que apesar da existência de caso de câncer do útero na família (20,2%), este fator não foi suficiente para modificar o comportamento das mulheres em relação à prática do exame Papanicolaou. Além disso, constatou-se que as entrevistadas necessitam muito da prática precoce do exame Papanicolaou para que alcancem chances de cura da doença.

O câncer de colo do útero constitui-se ainda em grande desafio para as autoridades sanitárias, tendo em vista que a prevenção e cura dependem de fatores como serviços com assistências adequadas, recursos humanos treinados e a participação da comunidade com medidas que elevem a qualidade de vida das mulheres (CARDOSO et al., 2006).

No que tange à adequação das práticas, expressas através da realização de exames Papanicolaou nos últimos 3 anos ,observa-se que as mulheres mais esclarecidas, mais jovens, com história de DST e que relataram poucos antecedentes familiares de câncer, tiveram comportamento estatisticamente significativo no que concerne à adoção das boas práticas referentes à realização do exame.

Por outro lado, o fato de serem mulheres assistidas apenas na Unidade Básica de Saúde, com maior paridades, que trabalham no lar, que tem maior número de parceiros sexuais, que referiram problema no útero e tiveram consultas ginecológicas irregulares nos últimos 12 meses, não revelou influência na adequação das práticas relacionadas ao exame Papanicolaou**.**

Estes resultados apresentam um divisor de águas bem conhecido, em que, de um lado ficam as mulheres mais esclarecidas, mais jovens e que já passaram pelas agruras de um problema ginecológico; portanto, mais sensíveis às orientações veiculadas pela mídia ou pelos profissionais de saúde; de outro lado, ficam as mulheres que desafiam os riscos, por não atenderem afirmativamente as normas de prevenção do câncer de colo do útero.

A investigação de fatores que determinam a adequação do conhecimento e da atitude sobre o exame Papanicolaou entre as mulheres da pesquisa, foi muito importante. Estima-se que o aumento o conhecimento e da atitude, estaria ajudando a melhorar a prática. Seguindo a lógica da atitude em relação ao exame Papanicolaou, o estudo identificou que a prática dependeu do fato da mulher ter ouvido a respeito do exame e da atitude adequada. Estudo semelhante também identificou que a prática deste exame dependeu do conhecimento e da atitude que as mulheres tinham a respeito (BRENNA et al., 2001).

De modo geral, as mulheres que informaram procurar mais a Unidade foram para saber se estavam com alguma doença, as que mais utilizaram o Planejamento Familiar e as que estão inscritas no Programa Bolsa Família. Observa-se que a procura quase sempre é decorrente da preocupação com a contracepção.

Do mesmo modo, tem-se a dependência financeira que as obriga a cumprir as exigências de órgão governamental ligado ao Programa Bolsa Família, cuja

liberação de recursos está diretamente vinculada à realização de exames. Assim, visto sob este ângulo, parece que este dispositivo do governo brasileiro (Bolsa Família) traz em seu bojo medidas que geram resultados secundários importantes, que precisam ser considerados e divulgados.

Os serviços de saúde foram citados como um veículo de maior comunicação para a coleta do exame Papanicolaou. Conclui-se que é necessário melhorar esta comunicação, ampliando o sistema de informação para que as usuárias apresentem um entendimento adequado sobre promoção e prevenção em saúde. Considera-se que a educação em saúde constitui-se no processo mais eficiente para ações preventivas, por ser um instrumento de transformação social que visa mudanças de comportamento e reformulação de hábitos (REZENDE, 1999).

Segundo (MILLER, 1993), o exame Papanicolaou é uma das medidas mais importantes e confiáveis na prevenção e/ou detecção precoce do câncer de colo do útero. Sendo assim, é muito importante que os profissionais de saúde conheçam as ações envolvidas nesta questão e estabeleçam entendimento na busca de ações preventivas para ampliação do conhecimento, atitudes e práticas das mulheres em relação ao assunto.

Diante de tudo o que foi exposto, espera-se que os resultados deste estudo possam trazer subsídios para orientar e definir ações nas Unidades de Saúde, visando conscientizar as mulheres e, assim, aumentar a adesão ao exame Papanicolaou, tanto nestas Unidades como na ESF, eliminando fatores que impeçam o diagnóstico inicial da neoplasia em fase intra-epitelial, a fim de contribuir significativamente na redução de doenças em estágios avançados, pois à medida que se reduz a incidência desta neoplasia invasiva, o mesmo ocorre com sua morbimortalidade, por meio de ações preventivas eficazes e com baixo custo. Nunca

é demais lembrar que o efeito benéfico do exame depende dos graus de conscientização, adesão á prática e observância da periocidade de realização do exame recomendada pelo Ministério da Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da presente investigação permitem trazer algumas considerações sobre o tema, na premissa de contribuir para o processo educação em saúde, como se demonstra a seguir:

1. Ao analisar o conhecimento, a atitude e a prática em relação à prevenção do câncer de colo uterino das mulheres na Zona Oeste, Rio de Janeiro, observou-se que a maioria delas apresentou conhecimentos adequados sobre a coleta da amostra do Papanicolaou.
2. As entrevistadas já ouviram falar do exame , que previne o câncer de colo do útero, que é necessário, que deve ser realizado anualmente e que a ESF faz a coleta do material,fato considerável que a falha pode estar relacionada com a inadequada utilização dos serviços preventivos existentes e que as mulheres necessitam de mudanças de crenças, como : a doença é curável, a preferência por não saber que tem a doença.
3. Do mesmo modo, a maioria tem conhecimento sobre onde este material é colhido, embora pequeno percentual, ainda que significativo, desconheça ou faça citação anômala de coleta, como sangue e urina, sugerindo que deve haver maior esclarecimento por parte dos profissionais de saúde sobre o referido exame.
4. Concluiu-se que as instituições de saúde e os meios de comunicação (rádio e televisão) continuam sendo os maiores responsáveis pela informação sobre do exame Papanicolaou. Os dados sobre o câncer revelaram que as mulheres, na sua maioria, já ouviram falar no câncer uterino, que o câncer de colo tem cura e que tem conhecimento sobre a sua cura. Do mesmo modo,

menos da metade acredita na cura total sem a retirada do útero, se a doença for detectada no início, que o número de parceiros sexuais pode estar relacionado ao câncer e que conhecem a relação do vírus HPV com o câncer de colo uterino.

5. No que diz respeito à adequação ao conhecimento, observou-se que as condições sociais, demográficas e clínicas não influenciaram de modo significativo no conhecimento do exame. Por outro lado, as mulheres que freqüentam a Estratégia Saúde da Família (ESF) e aquelas que têm conhecimento de que o HPV tem relação com o câncer de colo uterino, revelaram influência significativa na adequação ao conhecimento.
6. No que se refere à atitude, ficou demonstrado que a maioria das entrevistadas procurou a Unidade de Saúde mais de uma vez ao ano, que informaram já ter feito o preventivo, que se interessaram em obter o resultado e que a procura pelo exame foi motivada principalmente pelo sintoma ginecológico e pelo planejamento familiar. Dada a média de idade das mulheres, houve uma atividade razoável quanto à realização do exame Papanicolaou, visto que quase 70% realizaram-no mais de cinco vezes, demonstrando atitude afirmativa a respeito.
7. Quanto à adequação da atitude frente à realização do exame Papanicolaou, os dados mostraram que a valorização do exame fica mais evidente quando as mulheres estão sob risco elevado de contrair a doença, dado que as mulheres com problemas no útero, que tiveram consulta nos últimos 12 meses e que referiram antecedentes de câncer na família, adequaram-se de modo significativo frente ao exame Papanicolaou.

8. Quanto à prática do exame colpocitológico, a maioria das mulheres declarou que fez o exame, independente de queixa clínica, sendo que mais da metade afirmou que realiza este exame periodicamente, ainda que sadias. Relataram, também, que poucos exames foram realizados durante a vida; no entanto, a maioria da população entrevistada quanto à realização do exame Papanicolaou, relatou problemas de natureza pessoal e social como barreiras para a não realização do exame.
9. No que diz respeito a adequação das práticas, observa-se que, terem maior escolaridade, serem mais jovens de idade , terem poucos parceiros sexuais,não terem antecedentes familiares de câncer ou histórias de DST, influenciou de modo significativo no que concerne a adoção das boas práticas referente a realização do exame Papanicolaou
10. Destacamos um fato bastante positivo na pesquisa todas as 16 mulheres que relataram nunca terem feito o exame papanicolaou, foram orientadas e encaminhadas para a coleta do exame de acordo com as possibilidades da UBS e usuária.

8.1 SUGESTÕES

1. A Unidade Básica de Saúde da Zona Oeste Rio de Janeiro, que priorize ações educativas sobre prevenção do câncer de colo do útero, através de equipe multidisciplinar para a população alvo, fazendo sala de espera, grupos de educação em saúde, ações sociais na comunidade, associação de moradores, ESF, escolas e creches.

2. A promoção e ampliação da divulgação de informações na Unidade Básica sobre o acesso e como conseguir atendimento e esclarecimento sobre o exame.
3. Facilitar o atendimento às mulheres que freqüentam a unidade de saúde em atendimento em outras clínicas, no agendamento a coleta do exame Papanicolaou, não desperdiçando oportunidades.
4. Motivar e promover treinamento aos profissionais de saúde na participação de congressos e seminários para maior interação dos serviços e profissionais nas ações educativas na Unidade Básica de Saúde, em especial no que diz respeito aos programas de prevenção do câncer uterino.
5. Adequar as atividades preventivas de acordo com as necessidades apresentadas pelas mulheres, a fim de assegurar a sua captação de maneira mais precoce.
6. Disponibilizar os insumos necessários à realização do exame na Unidade Básica e na ESF, promovendo igualdade de acesso para as mulheres que procuram o serviço de prevenção ao câncer de colo de útero.
7. Motivar as Gerências do Sistema de Saúde do Municipio do Rio de Janeiro na implantação de maior número de Unidades de ESF na zona Oeste Ap 5.1 mantendo o vínculo, comunicação efetiva , com acesso , resolubilidade a nível de promoção e prevenção as doenças femininas em especial as relacionadas ao câncer de colo do útero favorecendo e sensibilizando ao exame papanicolaou, às mulheres da área adstrita.

REFERÊNCIAS

AMORIN, M.M.; ANDRADE, N.A. Relações afetivo-sexuais prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e AIDS entre mulheres do município de Vitória - ES. **Psicol Est**, v. 11, n. 2, p. 331-339, 2006.

AMORIM, V.M.S.L.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 23-29-38, 2006.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C,D. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I.; GIULIANO, E.R.I. **Medicina ambulatorial**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

AYRES, J.R.C. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 6, p. 63-72, 2001.

ASSIS, A. P. de.; AMARAL, M. F. Z. J.; SAMPAIO, M. C. N.;CAIXETA, R. C. A.; SANTOS, S. H. R. Câncer de colo uterino: conscientização de mulheres sobre a importância da prevenção e facilitação de sua realização. **Anais eletrônicos** da XV Semana Científica Farmacêutica da UFG, Goiânia: UFG, 2007.

BEREK, J.S. (Ed.). **NOVAK – Tratado de Ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA(IBGE). **Censo Demográfico**, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa do Controle da Saúde da Mulher** Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Centro de Documentação: 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96** Decreto nº 93.933, de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética 1996.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional de Câncer. **Viva mulher: Coordenadoria de Programas de Controle de Câncer Pro-Onco. Viva Mulher.** Programa Câncer de Colo Uterino: Rio de Janeiro, 1996.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. 2 ed. Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp), 1997.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS e o controle social**: guia de referência para Conselheiros municipais Brasília: Ministério da Saúde,1998.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família**: construindo um novo modelo. Brasília: Secretaria da Assistência à Saúde/Departamento de Assistência e Promoção à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade – COSAC. Ano 1, jan./jun., 1998. [Curso D]

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre câncer do colo de útero**. Rio de Janeiro: INCA: 2002a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do câncer do colo de útero:** organizando a assistência: manual técnico. Instituto Nacional do Câncer Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/inca/manualassistencia.pdf>. Acesso em: 20 julho 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. 2002c. Disponível em: <http://www.ses.rj.com.br/PAISM>. Acessado em: 06 maio 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Viva Mulher. Câncer do Colo de Útero:** Informação Técnico-Gerencial. Rio de Janeiro. INCA, 2002d.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica - SIAB: **Manual do Sistema de Atenção Básica**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2003.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção á Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: MS, 2004a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.** Brasília, 2004b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Combate ao câncer de colo uterino:** diretrizes. 2001. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 22 julho 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Estimativas da incidência e mortalidade por Câncer**. 2006.Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em 28 jul 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer-INCA. **Ações de enfermagem para o controle de câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. Brasília, 2008.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Incidência de Câncer no Brasil - 2008**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=2>. Acesso em 10 Jul.2009

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Programa de Prevenção do Câncer do** Estado do **Paraná 2003** Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br> Acesso em 01 Abril 2010.

BOFF, L**. A águia e a galinha**: uma metáfora da condição humana. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRENNA, S. M. F. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, p. 909-914, jul/ago., 2001.

BRITO, C.M.S.; NERY, I.S.; TORRES, L.C. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncótica. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 4, p. 387-380, 2007.

BYDLOWSKI, C.R.; WESTPHAL, M.F.; PEREIRA, I.M.T.B. Promoção da Saúde. Porque sim, porque não! **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 13. n. 1, p. 14-24, jan./abr., 2004.

CANDEIAS, N.M.F.; MARCONDES, R. S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área de saúde pública. **Rev Saúde Pública**, S. Paulo, v.13, p. 63-68, 1979.

CANESQUI, A.M. A Saúde da mulher em debate. **Rev Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 15-16, p. 29-36, 2001.
CARDOSO, E.J.F.; LIPPAUS, R. **A Enfermagem na prevenção do câncer de colo de útero**. Uniandrade, Curiba, Paraná, p. 3-5, 2006.
CARVALHO, M.V.BMerighi,Miriam. A B. **O Cuidar no Processo de Morrer na Percepção de Mulheres com Câncer; Uma Atitude Fenomenológica.** Rev. Latino Am. Enfermagem, v. 13, n.6, p. 951-959, 2005.
CESTARI, M. E. W**. A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer.** 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa Interinstitucional da USP, UEL e UNOPAR, Londrina, 2005.
CORRAL, F. et al. La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello de útero. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, n. 121, v. 6, p. 536-541, 1996.
COSTA V. **O inimigo do ventre**. São Paulo: Seasons, p 8-9, 2000.
_____. Instituto Nacional do Câncer. **Viva Mulher – Câncer do colo do útero**: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; SILVA, R.A.R. et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame Papanicolau. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 3, p. 296-302, 2005.
DIAS DA COSTA JS,D"ELIA PB,Manzolli,P, Moreira MR.Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas , Brasil. Ver Panam Salud publica 1998:3: 308-13.
DIÓGENES, M.A.R; REZENDE, M.D.S; PASSOS, N.N.G. **Prevenção do Câncer**: atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem ginecológica Aspectos éticos e legais da Profissão. Fortaleza (CE), 2001.
DUAVY, L.M.; BATISTA, F.L.R.; BESSA,M.S.; SANTOS, J.B.F. A Percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino:estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva** v. 12, n. 3, p. 733-742, 2007 [citado 2009 jul 28]. Disponível em: <http;//www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/24/pdf>
ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA). 1990. Disponível em <www.planalto.gov.br/caire.leis/8069>. Acesso 15 set. 2009.
FIGUEIREDO, A.M.N. **Ensinado a Cuidar em Saúde Pública**. São Paulo: Difusão, 2003.
FREITAS, F. et al. **Rotina em Ginecologia**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
GAMARRA, J.C. **Conhecimentos, Atitudes e Práticas do Exame Papanicolaou em Mulheres de Puerto Leoni, Argentina**: uma contribuição à Enfermagem de Saúde Pública. Dissertação apresentada à UFRJ, 2004.
GESTEIRA, S.M.A.; LOPES, R.L.M. Ano 2000... e o câncer cérvico uterino ainda é um problema de saúde pública no país. **Rev Baiana Enferm**, v. 13, n. 1-2, p. 93-101, 2000.
GONÇALVES, M.L.; ALMEIDA, M.C.P. Construindo o controle social e a cidadania em uma experiência concreta: o Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SP). In: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p.167-175, maio/ago, 2002.
GONÇALVES, R.L.; MAIA, C.S.C.; FREITAS, A.C.S.; AMORIM, P.D.M.; SOUSA, M.F.P. **Exame Prevenção Câncer Cérvico Uterino**: fatores que interferem na sua realização. Paraíba: SUMÉ, 2002.

GREENWOOD, S.A., MACHADO, M..A.S.; SAMPAIO, N.M.V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame papanicolau. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 503 – 509, 2006.

GREGORIO, R.M.; CERVO, E.M.V.Captação humanizada de mulheres para realização de exame preventivo de colo. In Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO , 7, 2003, Brasília. **Anais,** Brasília ABRASCO, 2003 [v.1, p 119].

GUSTAFSSON, L.; PONTEN, J.; ZACK. M.; ADAMI. H.O. International incidence rates of invasive cervical câncer after introdution of cytological screening. **Cancer Causes Control**, n. 8, p. 755-763, 1997.

HACKENHAAR, A.A; CESAR, J.A; DOMINGUES, M.R. Exame citopatológico de colo de uterino em mulheres entre 20 a 59 anos em Pelotas ,RS:prevalência e foco e fatores associados à sua não realização, **Rev Bras Epidemiologia**, São Paulo, v. 9, n.1, p.103-11, 2006.

HEGARTY, Y. V. et al. Racial differences in use of cancer prevention services among older Americans. **J Am Geriatr Soc**; 48:735-40. 2000.

HOYO, C. et al. Selective screening for cervical neoplasia: an approach for resource-poor settings. **International Journal of Epidemiology**, n. 29, p. 807-812, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Viva mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama**. Câncer do Colo do Útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Exame estatístico controle de laboratório**, dezembro 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Exame estatístico controle de laboratório** julho 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Contagem populacional e projeções demográficas preliminares.** 2003. Disponível em:<http://www.data.sus.gov.br/cgi> Acesso em 10 outubro 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censos demográficos**. Rio de Janeiro, 2000

LARTEY, M.; JOUBERT, G.; CRONJE, H.S. Knowledge, Atitudes and Practices of rural women in South Africa regardind the pap smear. **Int J Gynaecol Obstet,** n. 83, p. 315-316, 2003.

LAPIN, G. A.; DERCHAIN, S.F.M.; TAMBASCIA, J. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Rev Saúde Pública,** São Paulo, v. 25, n. 3, p.233-238, 1991.

LAZCANO, E. C. P. et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. **Salud Pública de México**; v. 41, n. 4, p. 278-285, 1999.

LEVERT, G. Comparação entre a colpocitologia oncológica de encaminhamento e a da gravidade das lesões intra-epiteliais. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, abril, 1998.

LINARD, A. G.; SILVA, F. A. D.; SILVA, R. M. Mulheres submetidas à tratamento para câncer de colo uterino – percepção de como enfrentar a realidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p.493-498, out./dez., 2002.

LOPES, R. L. M. e col. O exame ginecológico para a prevenção do câncer de colo uterino. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 456-457, 2003.

MACHADO, C.M.H.G.; PACHECO, D.M.R.L.; RIBEIRO, A.P.D. **Estudo comparativo de câncer de colo uterino na cidade de Petrópolis - RJ**. 2005.

MALUHY, M.A. **A percepção da mulher frente ao exame ginecológico**: um olhar a partir da profissional da equipe de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, 2001.

MARINHO, L. A. B. et al. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 576-582, 2003.

MERIGHI, M.A.B.; HAMAMO, L.; CAVALCANTE, L.G. O exame preventivo do câncer cérvico uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. **Rev Bras Cancerologia**, v. 45, n. 4, p. 25-33, 1999.

MICHAEL, A. Comparação entre a colpocitologia oncológica de encaminhamento e a da gravidade das lesões intra-epiteliais. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, abril, 2000.

MILLER, A.B. **Programas de detección del câncer cérvico-uterino**: diretrices de gestion. Ginebra: OMS,1993.

MORAES, I.H.S. **Informações em saúde**: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1996.

MURTA, E.F.C. et al. Freqüência da infecção pelo papiloma vírus humano em mulheres com ectopia cervical. **Rev. Bras. Ginecol. Obst**, v. 21, n. 8, p. 447- 449, 1999.

MURTA, E.F.C. Cobertura do teste de papanicolaou no município de São Paulo e características das mulheres que realizam o teste. **Boletín de Iª Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 147, n. 7, p. 538-541, 2002.

NASCIMENTO, C.M.R.; ELUF NETO, J. & REGO, R.A.A. Papa test coverage in São Paulo municipallity and characteristics of the women tested. **Bulletin of the Pan American Health Organization,** n. 30, p. 303-311, 1996.

NETO, A.R. et al. Avaliação dos métodos empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino do Ministério da Saúde. **Rev Bras Ginecol Obst**, v. 23, n. 4, p. 209 – 216, 2001.

NORDBERG, E. Household health survey in developing country on cancer (IARC). In: PEREIRA, S.C. et al. **Epidemiologia**. **Teoria e Prática**. 1. ed., 4ª reimpressão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

NORONHA, V.L. et al. **Papilomavírus humano (HPV) em mulheres com citologia oncótica dentro dos limites da normalidade**. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 345-347, 2003.

NUNES. C. B; BARBOSA, M. A. Nossa história rumo à Saúde da Família. **Rev Bras Enf**, v. 53, n. especial, p.103-106, dez., 2001.

O'HARA, J.; BRISTOW, R.; TRIMBLE, C.L. **Manual de ginecologia e obstetrícia do John Hopkins**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OLIVEIRA, C.M.S.; LOPES, R.L.M. Prevenção do câncer de colo de útero e a participação feminina no Viva Mulher. **Rev Baiana Enfermagem**, v. 18, n. 1-2, p. 19-28, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Portal saúde.gov.br, Proteção do diagnóstico de câncer de mama e colo de útero, 2004.Disponível em: <http://www.ministerio.saude.gov..br> Acesso 10 set 2009.

OPS Organização Panamericana de Saúde da Mulher , 1998 Disponível em: <http:www.opas.org.br> Acesso em: 10 de agosto de 2009.

OSIS, M.J.D.A. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad Saúde Pública**, n. 14 [sup 1], p. 25-32, 1994.

PACHECO, O.C. et al. **O perfil das mulheres que realizaram o exame de prevenção do Câncer de colo de útero –PCCU e Unidade Básica de Saúde Daniel Bueno.** Disponível em <www.webartigos.com/articles> publicação em maio de 2008. Acesso em agosto 2009.

PARKIN, D.M.; BRAY, F.I.; DEVESA, S.S. Cancer burden in the year 2000.The global picture. **Eur J Cancer**, v. 37, n. 8, p. 4-66, 2001.

PELLOSO, S.M; CARVALHO, M.D.B. O impacto da comunicação de massa na campanha de prevenção do câncer cérvico-uterino. In: MENDES, I.A.C.; CARVALHO, E.C. **7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.p 456-457.

PINHO, A. A.; FRANÇA JUNIOR, I. Exame Papanicolaou: por que elas não fazem? uma revisão da literatura epidemiológica [resumo] **Ciência Saúde Coletiva**, n. 5 [supl.], p. 84, 2000.

PINHO, A. A. FRANÇA JUNIOR I Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev Bras Saúde Mater Infant,** Recife, v.3, n.1, jan./mar., 2003.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292003000100012> Acesso em 10 Jul 2009.

PINHO, M.C.V. **Avaliação do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama em Londrina – PR**. 2003. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Fundação Universidade Estadual de Maringá, Paraná, 2003.

PINOTTI, J.A.; BORGES, S.R. Seguimento efetivo dos casos detectados de carcinoma decolo uterino. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, n. 3, p. 223-236, 1977.

RACHO D.; VARGAS, V.R.A. Análise da prática e atitude sobre o exame preventivo de câncer do colo do útero em uma comunidade universitária. **Rev Bras Anál Clín.,** v. 39, n. 4, p. 59-63, 2007.

RADIS. **Comunicação em saúde**: Saúde Coletiva Unida Contra os Males da Globalização n. 50, out. 2006. Manguinhos, Rio de Janeiro. Disponível em: <htpp://www.fesp.fiocurz.org.br/radis.html> Acesso em 12 Agosto 2009.

RAKEL, R. **Tratado de medicina da família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. [Curso C].

RAMOS, A.S.; PALHA, P.F.; COSTA JR., M.L.C.; SANT'ANNA, S.C.; LENZA, N.F.B. Perfil das mulheres de 40 a 49 anos. **Rev Latino-am Enfermagem,** v. 14, n. 2, p. 170-174, março-abril, 2006.

RAMOS, S. et al. La deserción de mujeres con Papanicolaou positivo en hospitalespúblicos del área metropolitana de Buenos Aires. **Rev Soc Obstet,** Buenos Aires, v. 75, n. 919, p. 109-124., jun., 1996.

REIS, A.F. et al. Validade da citologia e da biópsia orientada pela colposcopia no diagnóstico do carcinoma cervical pré-clínico. **Rev Bras Ginecol Obst**, v.21, n. 4, p. 193-200, 1999.

RESTREPO, H. E. et al. Epidemiología y control del cáncer del cuello uterino em América Latina y el Caribe. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, n. 102, p. 578-593 1978.

REZENDE, A. L. M. **Saúde**: dialética do pensar o do fazer. São Paulo. Cortez, 1999.

ROBERTS,R.M. Descobertas acidentais em ciências. Campinas. **PAPIRES,**1993. p.169-171.

ROBLES, Sylvia. **Rompiendo mitos: cáncer del cuello del útero Perspectivas desalud**, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/DPI/Numero10_articulo3.htm>. Acesso em 10 nov. 2009.

RODRIGUES, C.G. Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família: paradoxos e perspectivas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar./apr., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2005000200015&script=sci_arttext>. Acesso em 12 mar 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Agência Estado. Projeto Dá um dia para o Papanicolau. 2000. Disponível em: <http://www,estado.com.br/agestado/nacional/2000/out/04/286.htm>. Acesso em 10 Agosto 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Saúde reprodutiva e sexual:** um manual para a atenção primária e secundária: nível ambulatorial. Fortaleza (CE): 2002.

SENSKY, T. Eliciting lay beliefs across cultures: Principles and methodology. **Br J Cancer**, v. 74, n. 24, p. 63-65, 1996.

SILVA, M. J. A Comunicação tem remédio :A Comunicação nas relações interpessoais em Saúde .São Paulo. **Gente ,** 1996.

SILVA ,M .J. P. A Comunicação nos processos de qualidade**. Rev Nursing**. BRASIL. Nº1 p.20-26 junho 1998.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA –SIAB. **Estatística 2008** AP 5.1 RJ. SMSDC-RJ.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - SIAB. **Estatística de junho de 2009** AP 5.1 RJ. SMSDC-RJ.

STARFIELD, B. **Atenção Primária** – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SMELTEZER ,S.C.: BARE,B.G.Brunner &Suddarth:**Tratado de Enfermagem Medico-Cirúrgica**.9.ed.Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002.

WELLENSIEK. N, MODDLEY M, **Knowledge of cervical cancer screening and use of cervical screening facilities among women from various socieconomic backgrounds in Duban, Kwazulu natal, South Africa.**Internacional Journal gynecological cancer v. 12, number 4,july 2002, p.376-378.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Cytological screening in the control of cervical cancer technical guidelines**. Genebra, 1999.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e um guia para avaliação e intervenção na família**. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.

ZEFERINO, L.; GALVÃO, L. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Orgs.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: HUCITEC; 2001.

ZIEGLER, L. D. N. **Prevenção de colo de uterino**: Conhecimento, percepção, e fatores intervenientes: um estudo com mulheres. Sobral, 2002. Monografia: (Curso de especialização em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Ceará.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
Mestrado em Saúde da Família

Formulário Nº|___|___|___|
Data da Entrevista: |__|__|__|__|__|__|__|
Hora de início da entrevista: |__|__|__|__|
UBS |__| ESF |__| Clínica _____

SEÇÃO 1

01. Nome da mulher: _____

02. Domicílio: _____

03. Idade: |__|__| anos Data de Nascimento
COR Branca |__| Negra |__| Parda |__|

04 A senhora é cadastrada em alguma unidade de Estratégia de Saúde da Família? *(PSF) **1**-Sim |__| **2**-Não |__| caso positivo:Por quê procurou esta unidade?
_____

05. A senhora sabe se a unidade de Saúde da Familia (PSF) faz exame papanicolaou?
1-Sim |__| **2**-Não |__|

06. Religião:
1-Católica |__| **2**-Evangélica |__| **3**-Adventista |__| 4- |__|Umbanda
5-Espírita |__| (outras) _____ **6**-Sem religião |__|

07. A senhora sabe ler e escrever? **1-**Sim |__| **2-**Não |__|

08. Até que ano a senhora estudou? |__|__| anos. Especificar: _____

09. Qual é seu estado civil atual? **[Ler as opções, pode marcar só uma]**
1-Solteira |__| **2**-Casada / unida |__| **3**-Viúva |__| **4**-Separada 5- divorciada |__|

10. A senhora tem filhos? **[incluir todo filho nascido ainda que morto durante ou após o parto]** **1-**Sim |__| Quantos? |__|__| Filhos **2-**Não |__|

11. Qual é a sua ocupação?_____
Trabalha fora? **1**-Sim |__| **2**-Não |__|

12. Quanto aproximadamente a renda familiar ?
1- |__| 1 a 2 salários 2- |__| 2 a 3 salários **3**- |__| 4 a 5 salários
4- 6 a 7 salários |__| **5**- 8 a 9 salários |__| **6**- Mais de 10 salários
7- |__| sem salário

SEÇÃO 2

[Senhora, algumas das seguintes perguntas estão relacionadas com a vida pessoal, pode responder sem medo, lembre que a identidade de todas as entrevistadas permanecerá em anonimato]

13- Referente ao hábito de fumar: Como a senhora se classifica?
1-Ex-fumante |__| **2**-Fumante |__| **3**-Nunca fumou |__|

14- Quais são os motivos que costuma procurar a unidade de saúde?
1-para saber se esta bem de saúde |__| **2**-porque esta doente |__| **3**- por que esta grávida |__| **4**- Planejamento familiar |__| **5**- outros |__|
especificar_____

15 Nos últimos 12 meses, quantas vezes a senhora foi a um serviço de saúde para tratar sua própria saúde? |__|__|
[Se não sabe ou não se lembra a quantidade exata, dar as seguintes opções e marcar só uma]
1-Única vez |__| **2**-Entre 2-3 vezes |__| **3**-Entre 4-5 vezes |__|
4-Mais de 5 vezes |__| **5**-Nenhuma vez |__|

16. Nos últimos 12 meses, a senhora realizou consulta por problema ginecológico? (algum problema, como : corrimento /infecção vaginal, sangramento entre as menstruações, dor nos relacionamentos sexuais ou cólicas) **1**-Sim |__| **2**-Não |__|

17. Aos quantos anos a senhora teve seu primeiro filho? |__|__| Anos de idade.
88-Não se aplica |__|

18. A senhora teve algum aborto? **[Incluir como aborto qualquer gravidez que não ultrapassou o 5º mes)**
1-Sim |__| Quantos? **|__|__| 2**-Não |__| **88-**Não se aplica **|__|**

19-Quantos parceiros sexuais a senhora já teve na vida(inclui esposo, namorado, amante, qualquer pessoa que tenha tido relacionamento sexual)?
1—entre 2 a 5 |__| **2-** entre 6 a 10 |__| **3**-entre 10 a 20 **4-** mais de 20 |__|

20- A senhora já teve alguma doença de transmissão sexual? **[Ler as opções, pode marcar só uma]1**-Sim |__| **2-**Não |__| **3**-Não sabe |__| **[Se resposta "não" o "não sabe",ir para o nº 22] 88-**Não se aplica |__|

21. Qual? (Especificar) _____ **88-**Não se aplica |__|

22. Que a senhora saiba, alguma vez já teve verrugas, na zona genital?
1- Sim |__| **2**- Não |__| **88-**Não se aplica

23 Que a senhora saiba teve ou tem algum problema no útero?
1-Sim |__| **2**-Não |__| **[Se a resposta é "não", ir para pergunta 26]**

24. Qual problema? (Especificar) _____ 88-**Não se aplica** |__|

25 A senhora foi ao serviço de saúde por esse problema?
1-Sim |__| **2**- Não **88**- Não se aplica |__|

26. Atualmente a senhora tem algum problema de saúde? **1**-Sim |__| **2**-Não |__|
Qual? [**Pode marcar mais de uma]**
1-Diabetes |__| **2**-Pressão Alta |__|
3-Problemas do coração |__| **4**-Outros |__| (especificar) _____

SEÇÃO 3
[Agora farei algumas perguntas sobre o exame de Papanicolaou, isto não é uma prova, por favor não se preocupe se sabe pouco ou não sabe nada sobre o tema, responda apenas o que a senhora sabe ou acha, suas respostas são muito importantes]
27-A senhora já escutou falar sobre o exame de Papanicolaou?(preventivo)
1-Sim |__| **2**-Não |__| **[Se resposta "não", ir para o número 29]**

28. Onde a senhora ouviu falar do Papanicolaou? [**Pode marcar mais de uma][LER as opções, pode marcar mais de uma]**
1-Instituição de saúde |__| **2**-Radio / TV |__| **3**-Trabalho |__|
4-Vizinhas / familiares |__| **5**-Igreja |__| **6**-Escola |__|
7- Outros |__| (especificar) _____ **88**-Não se aplica |__|

29-Em alguma consulta que tenha realizado, alguma vez um médico ou enfermeiro falou para a senhora sobre o exame de Papanicolaou, sem que a senhora tenha perguntado? **1**-Sim |__| **2**-Não |__| **88**-Não se aplica |__|

30. Em alguma consulta que tenha realizado, alguma vez a senhora perguntou a um médico ou enfermeiro sobre o exame de Papanicolaou?
1-Sim |__| **2**-Não |__| **88**-Não se aplica |__|

31- Para realizar o exame de Papanicolaou, o médico ou enfermeiro precisa pegar da senhora uma: **[Ler as opções, pode marcar só uma]**
1- Uma amostra de sangue |__| **2**- Uma amostra de dentro da vagina |__|
2- Uma amostra de urina |__| **3-** Outro |__| (especificar) _____
77- Não sabe |__| **88**-Não se aplica |__|

32. Segundo a sua opinião: O exame de Papanicolaou serve para: detectar ou prevenir: **[Ler as opções, pode marcar mais de uma]**
1- Doenças, porém não sabe qual tipo |__| **2**- Gravidez |__| **3**- Câncer na Mulher |__|
4- Infecção urinaria |__| **5-** Câncer de colo uterino |__|
6-Infecção vaginal (corrimento) |__|
7- Câncer de mama |__| **8-** Outro urinaria |__| especificar _____
77- Não sabe |__| **88**-Não se aplica |__|

33. Cada quanto tempo deve ser realizado o exame de Papanicolaou? **[o que ela acha correto e não o que faz][Ler as opções, pode marcar só 1]**
1- Cada 1 mês |__| **2-** Cada 6 meses |__| **3**-Cada 1 ano |__| **4-**Cada 3 anos
5-Cada 5 anos o mais |__| **6-** Só 1 vez na vida |__|**7-** Outro |__|
(especificar) _____ **77**-Não sabe **|__| 88-**Não se aplica |__|

34. Segundo a sua opinião: realizar o exame de Papanicolaou é: **[Ler as opções, pode marcar só 1]**
1-Muito necessário |__| **2**- Necessário |__| **3**- Pouco necessário |__|
4-Não necessário |__|**77**-Não sabe / sem opinião |__| 88-**Não se aplica** |__|
_____

35 -A senhora já fez alguma vez o exame de Papanicolaou? 1-Sim |__| 2-Não |__|

36. Poderia dizer aproximadamente: quantas vezes a senhora já fez o Papanicolaou na sua vida? |__|__|
[Se não sabe ou não se lembra a quantidade exata, dar as seguintes opções e marcar só uma]
1- Só 1 |__| **2**- Entre 2-4 |__| **3**-Entre 5-9 |__| **4**-Entre 10-19 |__|
5- Entre 20-39 **6-**40 e mais |__| **88-**Não se aplica |__|

37. Quando a senhora faz o exame de Papanicolaou? **[o que ela faz e não o que ela considera correto][Ler as opções, pode marcar só 1]**
1- Cada vez que tem problema ginecológico |__|
2- Periodicamente, ainda que esteja sadia |__|
3- Outro |__| (especificar) _____
77-Não sabe **|__| 88-**Não se aplica |__|

[Atenção: Se a mulher fez só 1 Papanicolaou, formular as seguintes perguntas (de 39 a 40) se referendo a esse único exame]

38. * A senhora teve que pagar para fazer esses exames de Papanicolaou?
[Ler as opções, pode marcar só uma]
1- Não pagou nenhum |__| **2-** Pagou só por alguns |__|
3-Pagou por todos |__| **88-**Não se aplica |__|

39 * Por quê motivo a senhora fez o Papanicolaou pela primeira vez?
[Ler as opções, pode marcar só uma]
1- Consulta por doenças, porém não sabe qual doença __|
2- Controle de gravidez |__|**3**- Consulta por infecção vaginal |__|
4-Infecção urinária |__| **5-** Controle pós-parto |__|
6-Planejamento familiar |__| **7**- Outro |__| (especificar) **--**_____
77- Não sabe |__| **88**-Não se aplica |__|

**40. ***Geralmente: a senhora sabe o resultado do seu exame de Papanicolaou?
1-Sim |__|. **[Se resposta "sim", ir para o nº 42] 2**-Não |__| 88-**Não se aplica** |__|

41. * Por quê não fica sabendo do resultado do seu exame de Papanicolaou?
[Escrever textualmente a resposta]
_____ 88-**Não se aplica** |__|
_____
_____
_____

42- Há quanto tempo a senhora fez seu último exame de Papanicolaou (aproximadamente)? Faz: |__|__| Anos . Se menos de 1 ano: |__|__| meses
[Se não se lembra o tempo exato, dar as seguintes opções, marcar só uma]
1-Há menos de 1 ano |__| **2**-Mais de 1 e Até 3 anos |__|
3- Mais de 3 até 5 anos |__|**4**- Mais de 5 e Até 10 anos |__|
5-Há mais de 10 anos |__| **88-**Não se aplica |__|

43. Por que motivo fez o Papanicolaou nessa última vez?
[Ler as opções, pode marcar só uma]
1- Consulta por doenças, porém não sabe qual doença |__|
2- Controle de gravidez |__| **3**- Consulta por infecção vaginal (corrimento) |__|
4- Consulta por infecção urinária |__|**5-** Controle pós-parto |__|
6-Planejamento familiar |__| **7**- Outros |__| (especificar) _____
77- Não sabe |__| **88**-Não se aplica |__|

44. Segundo sua opinião: os exames de Papanicolaou que a senhora fez até agora são:**[Ler as opções, pode marcar só uma]**
1-Suficientes |__| 2-Poucos |__| 3-Demasiados |__| **77**- Não sabe |__|
88-Não se aplica |__|
[Atenção: Sim resposta 1., .3.obviar esta pergunta ir para o nº à 47]
Por quê a senhora fez poucos exames de Papanicolaou?_____
[Escrever textualmente a resposta e depois complementar]
88-**Não se aplica** |__| _____
_____

45[Atenção: para complementar esta resposta, deverá ler as seguintes opções, pode marcar mais de uma]
1-O médico nunca pede |__| **2**-Não está doente, não doe nada |__|
3-Não tem com quem deixar filhos/parentes |__| **4-**Não pode faltar ao Trabalho |__|
5-O local da consulta é muito longe |__| **6**- Por vergonha |__| **-**
7-Não gosta fazer |__| **8**- Não tem Médico / ou Enfermeiro |__|
9- Por descuido |__|**10-** Medo |__| **11**- Outros |__| (especificar)
_____
88-Não se aplica |__|**. [Atenção: se a senhora não faz o Papanicolaou periodicamente segundo o que ela considera correto na pergunta 46**

46-Qual é o motivo mais importante da senhora não fazer o exame de Papanicolaou cada --------- ? **[Escrever textualmente a resposta e depois complementar]**
_____
1-O médico nunca pede |__| **2**-Não está doente, não doe nada |__|
3-Não tem com quem deixar filhos / parentes |__| **4-**Não pode faltar ao Trabalho
5-Por falta de dinheiro |__| **6**-Não há médico/ não há turno |__|
7-O local da consulta é muito longe |__|**8**- Por vergonha |__| **9-** Não gosta fazer |__|
10- Por descuido |__|**11-** Outros |__| (especificar) _____
88-**Não se aplica** |__|
_____

47-Por que a senhora nunca fez o exame papanicolaou? escrever textualmente
_____
88-**Não se aplica**|__|

48 [Atenção: Se a mulher nunca fez o exame de Papanicolaou]
Alguma vez o médico ou enfermeiro pediu para a senhora fazer um exame Papanicolaou?
1-Sim |__| Qual foi o motivo? (Especificar) _____
2-Não |__|
3- Não sabe |__|**88-**Não se aplica |__|

SEÇÃO 4
[Agora farei algumas perguntas sobre o câncer de colo de útero, responda apenas o que a senhora sabe ou acha, suas respostas são muito importantes]
49. A senhora já escutou falar sobre câncer de colo uterino?**1**-Sim |__| **2**-Não |__|

50-A senhora acha que o exame de papanicolaou previne o câncer de colo de uterino? **1**-Sim |__| **2**-Não |__|

51. A senhora acha que o câncer de colo de uterino é uma doença que tem cura?
1-Sim |__| **2**-Não |__| **3**-Não sabe

52- A senhora acha que uma mulher com o câncer de colo de uterino pode ter cura total sem tirar o útero, se detectada a doença no inicio?
1-Sim |__| **2**-Não |__| **3**-Não sabe **88-**Não se aplica |__|
Por quê? **[Escrever textualmente a resposta]** _____

53. A senhora acha que o câncer de colo uterino está relacionado com um vírus chamado HPV, que causa verruga na zona genital e se transmite sexualmente?
1-Sim |__| **2**-Não |__| **3**-Não sabe **88-**Não se aplica |__|

54. A senhora acha que o câncer de colo uterino está relacionado com o número de parceiros sexuais que tem uma mulher?
1-Sim |__| **2**-Não |__| **3**-Não sabe **88-**Não se aplica |__|

55. Onde a senhora escutou falar sobre o câncer de colo uterino?
[Ler as opções, pode marcar mais de uma]
1-Instituição de saúde |__| **2**-Radio / TV |__| **3**-Trabalho |__|
4-Vizinhas / familiares |__| **5**-Igreja |__| **6**-Escola |__| **7**- Outros |__|
(especificar) _____ **88-**Não se aplica |__|

56.Alguém da sua família já teve câncer?
1-Sim |__| **2**-Não |__| **3**-Não sabe
Se positivo Que tipo de Câncer ? _____
[Temos finalizado aqui a entrevista, muito obrigada por seu tempo]
Hora de finalização da entrevista |__|__|__|__|
Tempo total |__|__|__|__| (verificar com hora de inicio)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução CNS-196/96)

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
Curso Mestrado Saúde da Família

Você está convidada a participar da pesquisa cujo título é: **O CONHECIMENTO, A ATITUDE E A PRATICA DE MULHERES NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAUDE NA ZONA OESTE, RJ.** Você foi selecionada porque é usuária deste sistema de saúde. Sua participação é importante, mas não obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar, sabendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os profissionais ou com a Universidade Estácio de Sá .

O objetivo principal desta pesquisa é **Avaliar o conhecimento,a atitude e a prática de Mulheres usuárias da Unidade Básica e as referenciadas da ESF sobre a prevenção do câncer de colo uterino na vida delas.** Sua participação consistirá em fornecer, através de entrevista com os pesquisadores, alguns dados relativos ao seu entendimento nas questões relativas **a Fontes de Conhecimento, o acesso e as práticas de prevenção do Câncer de colo Uterino.** Asseguramos que as informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais e garantimos o sigilo sobre sua participação. As informações serão manipuladas somente pelo grupo de pesquisadores. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de outras pessoas entrevistadas. Sua participação não envolve risco pessoal ou profissional e não será remunerada. A coleta de dados visa contribuir para o aprimoramento do referido programa.

Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora responsável – Mestranda Maria Regina Bernardo da Silva, pelo telefone (21) 78307919, E –mail m.regina2000@uol.com.br Orientador Luiz Giulherme Pessoa da Silva telefone 21 32316135 E- Mail luigps@uol.com.br e o com o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde Rj Rua Afonso Cavalcanti 455/701 Cidade Nova Telefone 21-25032024 E-mail cepsms@rio.rj.gov.br.

Rio de janeiro, _____de_____de 2009.

_____ _____

Assinatura do participante Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO AO CEP PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 701 - Cidade Nova
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901
Tel: (21) 2503-2024 ou 2503-2026 – Fax: (21) 2293-4826

Comitê de Ética em Pesquisa/SMSDC-RJ
Termo de Consentimento

Autorizo o pesquisador _Maria Regina Bernardo da Silva responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: **O Conhecimento, A Atitude E A Prática de Mulheres na Prevenção do Câncer de Colo Uterino de uma Unidade Básica de Saúde na Zona Oeste, Rio de Janeiro.** A utilizar a Unidade ; **Posto de Saúde Professor Masao Goto**, como campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos.

Rio de Janeiro, _13__ /_09__/_2009____.

Maria Regina Bernardo da Silva

Assinatura do Pesquisador

Dra. Mª Cristina Mattos Couto
Substituta da Direção PSMG
12 / 178867-8

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO CEP PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO

RIO PREFEITURA

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 319A/2009 Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2009.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

Coordenadora:
Salesia Felipe de Oliveira

Vice-Coordenadora:
Suzana Alves da Silva

Membros:
Andréa Estevam de Amorim
Alice de C. A. Vinhaes
Bráulio dos Santos Júnior
Carlos Alberto Pereira de Oliveira
Clotilde Teixeira
Elisete Casotti
José M. Salame
Jucema Fabrício Vieira
Márcia Constância P. A. Gomes
Maria Alice Gunzburger
Nara da Rocha Saraiva
Pedro Paulo Magalhães Chrispim
Rafael Aron Abitbol
Sandra Regina Victor

Secretárias Executivas:
Carla Costa Vianna
Renata Guedes Ferreira

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 200/09
CAAE: 0234.0.314.314-09

TÍTULO: O conhecimento, a atitude e a prática de mulheres na prevenção do câncer de colo uterino de uma unidade básica de saúde na Zona Oeste, Rio de Janeiro.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria Regina Bernardo da Silva.

UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: PS Masao Goto.

DATA DA APRECIAÇÃO: 14/12/2009.

PARECER: APROVADO.

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96).*

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMSDC deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Salesia Felipe de Oliveira
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO DA DIREÇÃO DO PSMG

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 701 - Cidade Nova
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901
Tel: (21) 2503-2024 ou 2503-2026 – Fax: (21) 2293-4826

Comitê de Ética em Pesquisa/SMSDC-RJ
Termo de Consentimento

Autorizo o pesquisador _Maria Regina Bernardo da Silva responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: **O Conhecimento, A Atitude E A Prática de Mulheres na Prevenção do Câncer de Colo Uterino de uma Unidade Básica de Saúde na Zona Oeste, Rio de Janeiro.** A utilizar a Unidade ; **Posto de Saúde Professor Masao Goto**, como campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos.

Rio de Janeiro, _13__ /_09__/_2009____.

Maria Regina Bernardo da Silva

Assinatura do Pesquisador

Drª. Mª Cristina Mattos Couto
Substituta da Direção PSMG
12 / 178867-8

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo