



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MOTIVAÇÕES DE USUÁRIAS PARA A REALIZAÇÃO DE EXAME
COLPOCITOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB**

LARAINA MOREIRA SILVA

**CAJAZEIRAS-PB
2010**

LARAINA MOREIRA SILVA

**MOTIVAÇÕES DE USUÁRIAS PARA A REALIZAÇÃO DE EXAME
COLPOCITOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC
apresentado a Coordenação do Curso de Graduação
em Enfermagem do Centro de Formação de
Professores (CFP) da Universidade Federal de
Campina Grande – UFCG, *Campus* de Cajazeiras
como requisito parcial à obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Especialista Francisco José Gonçalves Figueiredo

CO-ORIENTADOR: Prof. Doutor Carlos Eduardo Seyfert

**CAJAZEIRAS-PB
2010**



S586m Silva, Laraina Moreira.
Motivações de usuárias para a realização ou não de exames colpocitológico (exame de papanicolaou) em uma USF do município de Cajazeiras-PB / Laraina Moreira Silva. - Cajazeiras, 2010.
41f. : il. color.

Não Disponível em CD.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2010.
Contem Bibliografia, Apendices e Anexos

1. Colpocitologia. 2. Exames de papanicolaou. 3. Saúde da família. 4. Mulheres. I. Figueiredo, Francisco Jose Gonçalves. II. Seyfert, Carlos Eduardo. III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 616-076.5

LARAINA MOREIRA SILVA

**MOTIVAÇÕES DE USUÁRIAS PARA A REALIZAÇÃO DE EXAME
COLPOCITOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB**

Aprovada em: 06 de julho de 2010

Banca examinadora:

**Prof. Doutor Carlos Eduardo Seyfert
(Membro – UFCG)**

**Prof. Doutor José Cezario de Almeida
(Membro – UFCG)**

**Prof. Especialista Francisco José Gonçalves Figueiredo
(Orientador – UFCG)**

***Dedico a Deus e à minha família,
pela presença e apoio constantes
em minha vida.***

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, por Sua presença constante, por tudo que me permitiu conquistar até hoje e por Seu infinito amor.

À minha mãe, Francisca Brígida Moreira Silva, por todo o amor, dedicação e esforço e por sempre fazer tudo o possível em prol de minha felicidade.

Ao meu pai, Raimundo Jacinto Júnior, e as minhas irmãs: Heloiza, Wilma e Wilza, pelo incentivo e pela ajuda prestada direta ou indiretamente.

A Edmar Filho, pelos conselhos, pelo incentivo, pela escuta atenta, pela paciência e por tudo que partilhamos durante todo esse tempo.

Ao meu orientador, Francisco José Gonçalves Figueiredo, que me incentivou e acreditou em mim. E que nessa reta final, mesmo em meio a um momento único de sua vida, continuou a me guiar para a finalização deste trabalho.

Aos meus amigos e colegas da Universidade, pelo companheirismo e pela aprendizagem e crescimento que me proporcionaram durante estes quatro anos.

Aos professores, pelo saber compartilhado.

Aos funcionários, pelos serviços prestados, respeito e consideração.

Muito Obrigada!

"A saúde é o resultado não só de nossos atos, mas também de nossos pensamentos." (Mahatma Gandhi).

RESUMO

SILVA, Laraina Moreira. **Motivações de usuárias para a realização de Exame Colpocitológico em uma Unidade de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2010. 49fls.

O exame colpocitológico, preventivo, colpocitologia ou exame de Papanicolaou atualmente é utilizado em diversos países para o rastreamento e detecção precoce do câncer do colo do útero, bem como de outras alterações benignas. Além de ser capaz de diagnosticar uma neoplasia maligna ainda em fase inicial, é de fácil realização, inócuo e de baixo custo. O presente estudo teve como objetivos conhecer as motivações das mulheres pesquisadas em relação ao exame de Papanicolaou, identificar os motivos que as levaram a realizar o exame e os que as levaram a não realizar, constatar se elas retornaram para receber o resultado do exame e caso não o tenham, qual foi o motivo. A pesquisa foi do tipo exploratório descritiva, com abordagem quantitativa. Foi realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) José Leite Rolim, no bairro Vila Nova II, no município de Cajazeiras – PB. A população constituiu-se das mulheres residentes na área de atuação da referida USF. A amostra foi composta por 70 mulheres selecionadas entre aquelas que buscaram algum tipo de atendimento. A coleta de dados foi realizada no mês de fevereiro de 2010, através da aplicação de um roteiro de entrevista estruturado com cinco questões para caracterização da amostra e onze questões relacionadas aos objetivos do estudo. As questões para a caracterização da amostra indicaram a predominância de mulheres na faixa etária entre 18 a 23 anos, donas de casa, casadas, com nível de escolaridade fundamental completo e com renda familiar de até 1 (um) salário mínimo. As questões norteadoras nos trouxeram os seguintes resultados: sobre o conhecimento do exame, 100% das mulheres já ouviram falar no exame de prevenção. Sobre a realização deste exame, 20,0% nunca o realizaram. Das que nunca o realizaram, 78,7% disseram que o motivo foi embarço, desconforto, medo ou vergonha. Entre as que realizaram 64,3% afirmaram ter procurado espontaneamente o exame, dado que pode ser considerado positivo, pois demonstra que a maioria delas possui a consciência da importância deste meio diagnóstico. Com relação há quanto tempo elas realizaram a colpocitologia pela última vez, 58,9% afirmaram fazer menos de um ano. Entre aquelas que já haviam realizado, quando perguntadas sobre o retorno ao serviço de saúde para o recebimento do resultado, 8,9% delas afirmaram não ter ido e relataram como motivos: ter viajado ou se mudado, não ter lembrado e ter utilizado o medicamento prescrito e ficado “boa”. Pudemos observar com os resultados obtidos que grande parte das mulheres já possui a consciência da importância deste exame e o realiza com a correta periodicidade, porém ainda existem aquelas que resistem ao colpocitológico, não seguem a periodicidade e ainda aquelas que não dão a devida importância ao recebimento do resultado, necessitando de conscientização que pode e deve ser realizada através da educação em saúde, a fim de que a morbimortalidade do câncer do colo do útero possa ser efetivamente reduzida.

Palavras-chave: Colpocitologia. Motivações. Mulher.

ABSTRACT

SILVA, Laraina Moreira. **Motivations of users for the achievement of Smear Test at the Family Health Unit in the city of Cajazeiras-PB.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2010. 49fls.

The smear test, preventive, Pap smear or Pap test is currently used in several countries for screening and early detection of cervical cancer as well as for other benign changes. Besides being able to diagnose a malignancy neoplasia still in its beginning, it is easy to perform, safe and inexpensive. This study had as goal to understand motivations of the women surveyed in relation to the Pap test, to identify the reasons which led them to perform the test and which led them not to perform, and to see if they returned to receive test results. In case they have not returned, what reason was. The research was an exploratory descriptive study with quantitative approach. It was performed at the José Leite Rolim Family Health Unit (FHU), in Vila Nova II neighborhood, in the city of Cajazeiras-PB. The population consisted of women living in the area of performance at the FHU. The sample consisted of 70 women selected from among those who sought for some type of care. Data collection was performed in February, 2010, by implementing a roadmap of structured interview with five questions for sample characterization and eleven questions related to the objectives of this study. The questions for the sample characterization indicated a predominance of women at the age between 18 to 23 years, housewives, married, with complete basic education level and owning a family income of up to a minimum wage. The guiding questions brought us the following results: about the knowledge of the test, 100% of women had heard about the prevention exam. About who had taken the exam, 20,0% had never had. Of those who had never taken it, 78,7% said the reason was embarrassment, discomfort, fear or shame. Among those who took it, 64,3% said they had spontaneously sought for the exam, something that can be taken as a positive point as it shows that the most of them have an awareness of the importance of this diagnostic. Regarding how long they took the last smear test, 58,9% reported doing less than a year. Among those who had already taken it, when asked about the returning to receive the results, 8,9% said they had not gone and reported as reasons: to have traveled or moved, to have not remembered, and to have used the prescribed drug and have got "well." We observed with the results that most women have already awareness of the importance of this test and perform it with the correct periodicity, but there are still those that resist smear, do not follow the periodicity and even those who do not give proper importance to the receipt of result, requiring awareness that can and should be performed through health education, so that morbidity and mortality of cervical cancer can be effectively reduced.

Key-words: Pap smear. Motivations. Woman.

LISTA DE SIGLAS

CCU – Câncer do colo do útero
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DNA – Ácido desoxirribonucléico
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HPV – Papiloma vírus humano
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto Nacional do Câncer
MS – Ministério da Saúde
NIC - Neoplasia intra-epitelial cervical
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PB – Paraíba
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PR - Paraná
PSF – Programa de Saúde da Família
SISCOLO – Sistema de Informação de controle do câncer do colo do útero
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento do exame.....	30
Figura 2 – Distribuição da amostra segundo a realização do exame.....	31
Figura 3 – Distribuição da amostra segundo o motivo para a não realização do exame.....	32
Figura 4 – Distribuição da amostra segundo o motivo para a realização do exame.....	33
Figura 5 – Distribuição da amostra segundo o tempo decorrido desde a realização do último exame.....	35
Figura 6 – Distribuição da amostra segundo o retorno para recebimento do resultado.....	36
Figura 7 – Distribuição da amostra segundo o motivo do não retorno para recebimento do resultado.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica da amostra.....	27
Tabela 2 – Distribuição das constituintes da amostra segundo a idade de início da vida sexual ativa.....	29
Tabela 3 – Distribuição das constituintes da amostra segundo a idade de realização do 1º exame.....	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
2.1 O câncer do colo do útero.....	14
2.2 Colpocitologia ou exame de Papanicolaou.....	17
2.3 Considerações sobre políticas públicas de atenção ao câncer do colo do útero no Brasil.....	20
3 MATERIAL E MÉTODOS	23
3.1 Tipo de pesquisa.....	23
3.2 Local da pesquisa.....	23
3.3 População e amostra.....	24
3.4 Coleta de dados.....	24
3.5 Análise dos dados	24
3.6 Observâncias éticas.....	25
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
4.1 Caracterização dos participantes.....	26
4.2 Questões norteadoras.....	28
5 CONCLUSÕES.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICES.....	42
Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido	
Apêndice B – Roteiro de entrevista estruturado	
ANEXOS.....	47
Anexo A – Ofício à Secretária de Saúde de Cajazeiras	
Anexo B – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria	

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é uma doença grave, mas de lenta evolução e que se diagnosticada precocemente possui grandes chances de cura. Outra característica peculiar desse tipo de câncer é o fato de ele ter sua gênese ligada não só a fatores internos ou genéticos, mas principalmente a fatores externos, mais precisamente à infecção por alguns tipos do Papiloma Vírus Humano (HPV). Essa infecção, transmitida principalmente pelo contato sexual, pode ser o ponto-chave para o desenvolvimento dessa doença, bastando para isso apenas a associação com outros fatores e/ou co-fatores de risco.

Como já citado, maiores chances de sucesso do tratamento e obtenção da cura dependem do diagnóstico precoce. Para isso as mulheres têm a sua disposição um exame simples e gratuito: a colpocitologia ou exame de Papanicolaou. Esse exame vem ajudando a diminuir o número de casos e de mortes pelo câncer do colo do útero, porém essa redução ainda não é suficiente para que esse câncer deixe de ser um dos mais prevalentes no Brasil e no mundo.

A diminuição da mortalidade pelo câncer do colo do útero por meio da detecção precoce é urgente e necessária. A realização da colpocitologia com a correta periodicidade, em todo o público-alvo e a realização do correto seguimento ajudaria a evitar tanto os problemas relacionados à mulher: o abalo psicológico que o diagnóstico de câncer avançado pode trazer-lhe, a necessidade de tratamentos mais radicais (como a histerectomia) e mortes por esse tipo de câncer; como também a superlotação dos serviços de alta complexidade, já que a esfera preventiva poderia dessa maneira alcançar cada vez melhores resultados.

Concorda-se com Smeltzer e Bare (2005, p. 1512) quando afirmam que: *a doença avançada não deve ocorrer quando todas as mulheres têm acesso aos cuidados ginecológicos e se examinam*. Sendo assim, o exame de Papanicolaou por constituir-se simples, inócuo, eficiente, de baixo custo e sobretudo, capaz de diagnosticar uma neoplasia maligna ainda em fase inicial, deve ser uma constante na vida das mulheres.

Desta forma, mostrou-se necessário analisar as motivações das mulheres para a realização ou não desse exame, podendo assim entender melhor onde se encontram os pontos-chaves para a adesão, além de que, ao mesmo tempo, a pesquisa realizada espera também ter reforçado a importância do exame para as mulheres que já possuíam essa consciência e alertado sobre a importância da realização e periodicidade do exame para aquelas que ainda não haviam despertado para isso.

Nesse sentido, buscou-se nesta pesquisa:

- ✓ Conhecer as motivações das mulheres pesquisadas em relação ao exame de Papanicolaou;
- ✓ Identificar os motivos que as levaram a realizar o exame;
- ✓ Descobrir os motivos que as levaram a não realizar o exame;
- ✓ Constatar se elas retornaram para buscar o resultado do exame;
- ✓ Conhecer, caso não tenham retornado, quais os principais fatores que as influenciaram ao não retorno à Unidade de Saúde para buscar o resultado.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O Câncer do Colo do Útero

O câncer caracteriza-se pela multiplicação desordenada das células, que invadem tecidos ou órgãos podendo disseminar-se para outras partes do corpo (metástase). Ele pode ser considerado um predador de seu hospedeiro, pois compete com as células e tecidos normais quanto ao suprimento de energia e substrato nutricional. Entre as causas para seu aparecimento e desenvolvimento estão: fatores internos (principalmente a predisposição genética) e fatores externos (hábitos alimentares, consumo de substâncias como fumo e álcool, radiação, estilo de vida, alguns vírus, etc.) (ROBBINS *et al.*, 2000).

O útero é um órgão muscular oco, piriforme, com paredes espessas, geralmente situado na pelve, entre a bexiga e o reto. Tem aproximadamente 7,5 cm de comprimento, 5 cm de largura e 2 cm de espessura, e pesa aproximadamente 90g. É dividido estrutural e funcionalmente em duas partes: o corpo e o colo. O colo é o terço inferior cilíndrico e relativamente estreito do útero com cerca de 2,5 cm de comprimento que salienta-se na cavidade da vagina como extremidade livre (MOORE; DALLEY, 2007).

De acordo com Brasil (2006) o câncer do colo do útero é uma afecção progressiva iniciada com transformações intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos. O colo do útero é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada. Quando ocorre alguma desordenação das camadas, observam-se alterações nas células que vão desde núcleos mais corados até figuras atípicas de divisão celular. Existem vários tipos diferentes de câncer de colo. A maior parte origina-se em células escamosas, enquanto o restante são adenocarcinomas ou carcinomas adenoescamosos mistos.

Na evolução desse câncer ocorre uma fase pré-invasiva, na qual intervenções podem evitar seu progresso, e outra invasiva, caracterizada pela invasão de tecidos e que é de difícil controle. As lesões pré-invasivas são chamadas de Neoplasias Intra-epiteliais Cervicais (NIC), e são classificadas em graus I, II e III. As lesões NIC I são consideradas de baixo grau e as lesões NIC II e III estão no mesmo patamar biológico, classificando-se como lesões de alto grau. O estágio seguinte ao NIC III é o carcinoma *in situ*, tecnicamente classificado como displasia grave, definido por Smeltzer e Bare (2005, p. 1512) como *câncer que se estendeu através da totalidade da espessura do epitélio do colo, mas não o ultrapassou*, ou seja, o

carcinoma *in situ* precede a lesão invasiva, que é aquela que ultrapassa os limites da membrana basal e invade tecidos vizinhos ao epitélio, evoluindo de uma área restrita ao colo para outros órgãos e estruturas. Estudos têm demonstrado que, na ausência de tratamento, o tempo médio entre a detecção de HPV, NIC I e o desenvolvimento de carcinoma *in situ* é de 58 meses, enquanto que para NIC II esse tempo é de 38 meses e para NIC III, de 12 meses (BRASIL, 2008).

A fase pré-clínica, na qual ocorrem as transformações intra-epiteliais progressivas, geralmente é assintomática, ou se presentes, sintomas como, fina secreção vaginal frequentemente notada depois da relação sexual ou ducha, podem passar despercebidos. Smeltzer e Bare (2005) discorrem sobre a evolução dos sintomas: no câncer cervical avançado a secreção vaginal aumenta gradualmente e torna-se aquosa e, por fim, escura e com odor fétido pela necrose e infecção do tumor. O sangramento, que acontece a intervalos irregulares entre os períodos (metrorragia) ou depois da menopausa, pode ser discreto (apenas manchando as roupas íntimas) e geralmente ocorre depois do trauma ou pressão branda (relação sexual, ducha ou após esforço para evacuação). Com a continuidade da doença o sangramento pode persistir e aumentar; dor na perna, disúria, sangramento retal e edema dos membros sinalizam doença avançada. À medida que o câncer progride, ele pode invadir os tecidos fora do colo, inclusive as glândulas linfáticas anteriores ao sacro. Em um terço das pacientes com câncer cervical invasivo, a doença envolve o fundo do útero. Os nervos dessa região podem ser afetados produzindo dor pungente nas costas e nas pernas. Em estágios bem mais avançados a doença frequentemente produz edemaciação extrema e anemia, comumente acompanhadas de febre devido à infecção secundária e abscessos na massa ulcerante, e por formação de fistula.

Gompel e Koss (1999) apontam os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero: infecção pelo Papiloma Vírus Humano – HPV (sendo esse o principal fator de risco), início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais; e também os principais co-fatores: multiparidade, tabagismo, imunossupressão, uso prolongado de contraceptivos orais, infecção pelo Herpes vírus tipo 2, higiene íntima inadequada (que pode levar a infecções genitais freqüentes). Smeltzer e Bare (2005) citam além desses, mais dois fatores de risco: o intervalo curto entre a menarca e o primeiro coito e o contato sexual com homens cujas parceiras tiveram câncer de colo.

O Papiloma Vírus Humano - HPV é um DNA-vírus do grupo papovavírus, com mais de 100 tipos reconhecidos atualmente, 20 dos quais podem infectar o trato genital. De acordo com seu potencial de oncogenicidade são divididos em dois grupos. Os tipos de alto risco

oncogênico, sendo os mais comuns o HPV 16 e o HPV 18, se associados a outros co-fatores, podem levar ao desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais cervicais e do câncer invasor do colo do útero, da vulva, da vagina e da região anal (MARTINS; RIBALTA, 2005). Recentemente duas vacinas foram desenvolvidas: a quadrivalente (Merck) contra os tipos de HPV: 6, 11, 16 e 18, e a bivalente (GSK) contra o HPV 16 e o HPV 18. Ambas as vacinas apresentam eficácia elevada, tanto na prevenção de infecção persistente com HPV 16 ou 18, quanto na prevenção de NIC 2 e 3. Porém, há várias razões para a continuidade do rastreamento dessa neoplasia por longo tempo após a introdução da vacina. A idade recomendada para vacinação é 11-12 anos, podendo ser administrada em mulheres desde nove até 26 anos de idade, que ainda não iniciaram a vida sexual, portanto, as mulheres com maior risco de câncer cervical (idade igual ou superior a 40 anos) não estarão protegidas nos próximos anos/ décadas; outra razão é a não proteção, ou proteção limitada, contra os tipos de HPV de alto risco não incluídos na vacina; além disso, é provável que a proteção diminua com o tempo (NETO, 2008). Devido ao seu potencial para o desenvolvimento do câncer e de suas lesões precursoras, a prevenção da infecção por esse vírus merece atenção especial, pois prevenindo-o, indiretamente também se está prevenindo um tipo de câncer.

A incidência do câncer do colo do útero é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos, se comparada à dos mais desenvolvidos, pois naqueles se concentram as maiores barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença, advindas de dificuldades econômicas e geográficas e também por questões sócio-culturais. Torna-se evidente 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. Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano (BRASIL, 2007). Dados da estimativa de incidência de câncer no Brasil para o ano 2010 mostraram que em nosso país, também, o câncer de colo de útero ocuparia o segundo lugar entre os que mais acometem a população feminina, sendo que o número de casos novos esperados para o Brasil em 2010 foi de 18.430, com um risco estimado de 18,47 casos a cada 100 mil mulheres e no estado da Paraíba o número de casos novos esperados foi de 300.

As estatísticas nos mostram que a morbimortalidade por esse câncer vem diminuindo ao longo dos anos, porém os números ainda se mantêm elevados, não condizendo com o aparato de serviços oferecidos às mulheres para a prevenção dessa doença.

2.2 Colpocitologia ou Exame de Papanicolaou

O exame colpocitológico ou colpocitologia é também chamado de exame de Papanicolaou, em homenagem ao seu precursor, e é ainda popularmente conhecido como exame de “prevenção”, pelo fato de sua principal função ser prevenir a ocorrência do câncer do colo do útero.

A prevenção desse câncer mereceu aceitação universal após a descrição em 1941 da citologia esfoliativa vaginal pelo ginecologista George Papanicolaou. Através de uma combinação de corantes, Papanicolaou conseguiu reconhecer a presença nos esfregaços cervico-vaginais de células epiteliais atípicas precursoras do câncer invasivo. A maioria das células pré-cancerosas provinha de colos aparentemente normais; as lesões quando presentes eram tão pequenas que passavam despercebidas ao exame clínico (CHAVES, 1985).

Dentre todos os tipos de câncer, o de colo uterino tem um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100% quando diagnosticado precocemente (GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006). Segundo Leal *et al.* (2003), atualmente o exame de Papanicolaou é utilizado em diversos países para o rastreamento e detecção precoce do câncer do colo do útero. Dada a lenta evolução desse câncer, é possível o diagnóstico na fase intra-epitelial (não-invasiva) em mulheres assintomáticas, quando o tratamento é de baixo custo e tem elevado percentual de cura. Para Martins, Thuler e Valente (2005), a medida da efetividade do exame de Papanicolaou em reduzir taxas de morbimortalidade por câncer do colo do útero vem de duas fontes: de estudos comparativos de tendências temporais, que têm mostrado redução nas taxas de incidência em alguns países, seguida à introdução de programas populacionais de rastreamento e de estudos epidemiológicos do tipo caso-controle, que têm indicado um risco elevado de desenvolver câncer do colo do útero entre mulheres que nunca foram submetidas ao exame de Papanicolaou, além de aumento no risco proporcional ao tempo decorrido desde o último exame.

Segundo Pinho e França Junior (2003), a prevenção do câncer do colo do útero pode ser feita em três níveis: primário, quando se evita o aparecimento da doença por meio da intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco, como o estímulo ao sexo seguro, correção das deficiências nutricionais, diminuição da exposição ao tabaco; secundário, consiste no diagnóstico precoce das lesões de colo uterino antes de se tornarem invasivas, a partir de técnicas de rastreamento compreendidas pela colpocitologia oncótica ou teste de Papanicolaou, colposcopia, cervicografia e, mais recentemente, os testes de detecção do DNA

do HPV em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos; e terciário/quaternário, através da realização do tratamento medicamentoso e cirúrgico das lesões encontradas.

O colo do útero apresenta uma parte interna que constitui o chamado canal cervical ou endocérvice e uma parte externa que mantém contato com a vagina, chamada de ectocérvice. Em linhas gerais, nos serviços públicos de saúde do Brasil, o exame é realizado do seguinte modo: a mulher é acolhida pelo profissional, que inicialmente irá preencher a ficha de requisição do exame com os dados pessoais e alguns dados de sua vida reprodutiva; em seguida a paciente é colocada em posição ginecológica para inspeção da genitália externa; feito isso introduz-se o espéculo adequado para a visualização do colo; então procede-se a coleta do material: na ectocérvice com a espátula de Ayres através de um movimento giratório de 360° em torno do orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina; e na endocérvice com a escova endocervical, também através de movimento giratório de 360°. As duas amostras são distribuídas em uma única lâmina devendo ser imediatamente fixadas para evitar o dessecamento do material a ser estudado. A fixação pode ser feita com álcool a 96%, polietilenoglicol líquido ou com spray fixador. Após a fixação das lâminas elas são acondicionadas e devem ser enviadas ao laboratório o mais breve possível, para que o tempo entre a coleta e o resultado não seja prolongado desnecessariamente (BRASIL, 2008). Ao fim da coleta a mulher deverá ser informada em quanto tempo deve retornar à unidade para o recebimento do exame. O tempo médio para o resultado ficar pronto varia de 30 a 60 dias, dependendo da dinâmica local do serviço.

No Caderno de Atenção Básica: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama é descrita a periodicidade de realização do exame preventivo do colo do útero, estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1988 e que permanece atual, estando em acordo com as recomendações dos principais programas internacionais. Ela diz que o exame deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Essa recomendação apóia-se na observação da história natural do câncer do colo do útero que permite a detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno, graças à lenta progressão que apresenta para doença mais grave. Além disso, a recomendação de que a periodicidade seja trienal, somente após dois resultados consecutivos, obtidos em exames realizados com intervalo anual, permite identificar os casos nos quais possa ter ocorrido um resultado falso-negativo.

Vale ressaltar que o exame de Papanicolaou é indicado não apenas para o rastreamento, mas também para a monitorização em caso de achados anormais e durante o tratamento, período no qual a realização desse deve ser feita de seis em seis meses. Segundo

Rama *et al.* (2008), esse exame também pode ser indicado nas seguintes ocasiões: período menstrual prolongado, além do normal; e sangramentos vaginais entre dois períodos menstruais, após relações sexuais ou lavagens vaginais.

No Brasil observa-se que a maior parte do exame preventivo do colo do útero é realizada em mulheres com menos de 35 anos, provavelmente naquelas que comparecem aos serviços de saúde para cuidados relativos à natalidade. Isso leva a subaproveitar a rede, uma vez que não estão sendo atingidas as mulheres na faixa etária de maior risco. A identificação desse grupo de mulheres, especialmente aquelas que nunca realizaram o exame na vida, é o objetivo da captação ativa (BRASIL, 2006).

É importante observar que o exame preventivo, como qualquer outro exame, tem limitações.

A sensibilidade da citopatologia é de 97%, ou seja, em cada 100 mulheres portadoras de carcinoma do colo uterino, 97% delas terão citopatologia positiva; Com citopatologia negativa, a probabilidade de este resultado ser verdadeiro, ou seja, de que não haja realmente câncer do colo uterino, é de 82% (especificidade); Para uma mulher com citopatologia positiva, a probabilidade de estar realmente doente é de 81% (valor preditivo positivo); Se a citopatologia é negativa, a probabilidade de que a mulher não tenha realmente câncer do colo uterino é de 97% (valor preditivo negativo) (BRASIL, 2008, p. 186).

O baixo valor dos exames falso-negativos atesta a validade da citopatologia como método de rastreamento do câncer do colo do útero, além de que a confirmação diagnóstica de lesões pré-invasivas ou invasivas só será feita após o encaminhamento da mulher para outros níveis de atenção, onde serão realizados outros exames, como a colposcopia, a biópsia, etc.

De acordo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) é estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por este câncer pode ser alcançada pelo rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 60 anos com o teste de Papanicolaou e o tratamento de lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*.

Segundo Nobre e Lopes Neto (2009), apesar de ter sido um dos primeiros países a utilizar o exame Papanicolaou para detecção do câncer do colo uterino, os dados estatísticos mostram que esse tipo de câncer continua sendo um caso de saúde pública no Brasil. Para tentar mudar esse quadro é necessário que os serviços e profissionais de saúde trabalhem de modo a garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como que o público-alvo busque o serviço e realize todo o seguimento necessário.

2.3 Considerações sobre Políticas Públicas de Atenção ao Câncer do Colo do Útero no Brasil

Toda população necessita e tem direito a políticas públicas que visem a sua saúde, e no Brasil isso já vem acontecendo há alguns anos, principalmente em relação às mulheres, por serem essas as principais usuárias do Sistema Único de Saúde.

Em 1984 foi elaborado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tendo como uma de suas prioridades o controle do câncer do colo do útero. O PAISM é umas das mais importantes políticas públicas na área de atenção à saúde da mulher, estabelecendo linhas de ação e estratégias para um modelo assistencial que inclui a integralidade e equidade. Entende-se por saúde da mulher todo o conjunto de patologias e situações que envolvam o controle do risco à saúde e ao bem estar da população feminina (COSTA, 1999).

Em 1995 o governo brasileiro participou da VI Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na China, e assumiu o compromisso de desenvolver um programa nacional de rastreamento do câncer cervicouterino. No intuito de viabilizar um programa viável em todo território nacional, foi implantado um projeto-piloto, no período de janeiro de 1997 a junho de 1998, em cinco cidades: Belém, Brasília, Recife, Curitiba e Rio de Janeiro e em todo o Estado de Sergipe. Com essa experiência o MS definiu as cinco etapas fundamentais do Programa Viva Mulher e realizou duas campanhas nacionais de intensificação. As cinco etapas definidas foram: o recrutamento da população-alvo (mulheres entre 35 e 49 anos); a coleta de material para o exame Papanicolaou; o processamento da lâmina em laboratório credenciado; o tratamento dos casos; e a avaliação (NOBRE; LOPES NETO, 2009).

A primeira campanha nacional ocorreu em agosto de 1998, com a coleta de mais de 3 milhões de exames, dos quais 65% foram na faixa etária de 35 a 49 anos de idade, detecção de 60 mil exames com algum tipo de alteração e acompanhamento e tratamento de 77% das mulheres com lesões precursoras de alto grau e câncer (BRASIL, 2002). A segunda campanha nacional foi realizada em março de 2002 e visou, prioritariamente, captar, acompanhar e tratar nos serviços de saúde, as mulheres na faixa etária de maior risco para a doença – 35 a 49 anos - que nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou e repetir o exame naquelas que o fizeram durante a primeira mobilização nacional ou já haviam feito há mais de 3 anos. Foram examinadas 3.856.650 mulheres de todas as idades, sendo 2.173.285 mulheres na faixa etária da população-alvo, atingindo 84,94% da meta programada (NOBRE; LOPES NETO, 2009).

Outro marco para a saúde da mulher, ocorreu em maio de 2004, quando o Ministério da Saúde lançou a - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (PNAISM), construída a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde, com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuíssem para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzissem a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2006).

Em relação ao câncer do colo do útero e da mama, o tratamento é mais efetivo quando a doença é diagnosticada em fases iniciais, antes do aparecimento dos sintomas clínicos, justificando a importância das ações para a detecção precoce. As estratégias de prevenção e controle desses cânceres têm como objetivos reduzir a ocorrência (incidência e a mortalidade) do câncer do colo do útero, a mortalidade por câncer de mama e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esses tipos de câncer, por meio de ações de prevenção, oferta de serviços para detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres (OMS, 2002). Para alcançar esses objetivos, no Brasil, ao longo dos anos, foram elaboradas e implantadas diversas ações, dentre elas o já citado, Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama. Esse programa implantado nos 26 estados e no Distrito Federal desenvolve ações dirigidas às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, que incluem diagnóstico precoce (através de exame Papanicolaou e exames de confirmação diagnóstica), tratamento necessário de acordo com cada caso e monitoramento da qualidade do atendimento à mulher. Um dos aliados desse programa é o SISCOLO - Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo do Útero - base de dados capaz de fornecer subsídios para a avaliação e planejamento de ações posteriores (BRASIL, 2009).

Através da atenção básica os serviços de saúde desenvolvem um conjunto de ações que visam à promoção, proteção, reabilitação, cuidados e tratamento de pacientes, constituindo-se a chamada atenção primária. Sua operacionalização ocorre por meio de um Programa do Ministério da Saúde, criado em 1994, objetivando reorientar o modelo de atenção à saúde no plano assistencial, o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (DE ANDRADE; BUCHELE; GEVAERD, 2007). Segundo Rouquayrol (2003, p. 580) no PSF *são propostas equipes para uma população adscrita de 600 a 1000 famílias.*

O ano de referência da implantação do Programa de Saúde na Família na cidade de Cajazeiras - PB foi junho de 2000, com cinco Unidades de Saúde da Família (USF), sendo

três destinadas à zona rural e duas à zona urbana. Atualmente, o município dispõe de 14 USF com cobertura territorial que se aproxima a 100%.

Nas USF o exame Papanicolaou é oferecido gratuitamente, bastando para isso que a mulher busque pelo serviço levando algum documento e observando algumas orientações simples, como não estar no período menstrual, evitar relações sexuais e uso de duchas ou medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais nas 48 horas anteriores ao exame.

Se o resultado do exame descobrir alguma lesão pré-invasiva ou invasiva a mulher é encaminhada para o serviço de referência, onde realizará outros exames de confirmação diagnóstica e tratamento apropriado. O sistema de referência e contra-referência constitui-se na articulação entre as unidades de saúde que formam os níveis primário, secundário e terciário de atenção, sendo que por referência compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Já a contra-referência, inversamente, compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade (WITT, 1992 *apud* JULIANI; CIAMPONI, 1999).

Apesar dos esforços crescentes para melhorar a eficiência dos programas de prevenção, ou seja, aumentar o número de mulheres examinadas com qualidade e com o menor custo possível, a manutenção de altas taxas de incidência e de mortalidade no Brasil revela que as medidas que vêm sendo adotadas não conduziram aos resultados esperados (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Oliveira e Pinto (2007) destacam que é preciso também atentar para os motivos que podem interferir na decisão da mulher em realizar ou não realizar a prevenção do câncer do colo do útero, pois esses motivos, em alguns casos, podem estar ligados a questões pessoais tais como: tabus, valores culturais e sua própria sexualidade. Sendo assim, observamos que as políticas públicas são essenciais, mas não conseguirão sozinhas reduzir a morbimortalidade pelo câncer do colo do útero, pois, crucial também, é a conscientização das mulheres sobre a importância de cuidarem de sua saúde.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo apresentou-se como sendo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, evidenciando as principais motivações das mulheres em relação ao exame de Papanicolaou.

Segundo Minayo *et al.* (2003), é na fase exploratória que o pesquisador define seu objeto de pesquisa, constrói o marco teórico conceitual a ser empregado, define os instrumentos de coleta de dados, escolhe o espaço e o grupo de pesquisa, define a amostragem e estabelece estratégias para a entrada no campo.

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer a relação entre variáveis através de instrumentos para coleta de dados como observação sistemática e/ou questionários (FIGUEIREDO, 2007).

O estudo quantitativo segundo Triviños (1994) envolve toda investigação baseada na estatística que pretende obter resultados objetivos, proporcionando maior experiência em relação a determinados problemas, obtendo assim, quando em contato com determinada população, os resultados desejados.

3.2 Local da pesquisa

O local do estudo foi a Unidade de Saúde da Família José Leite Rolim, no Bairro Vila Nova II, no município de Cajazeiras, “Alto Sertão da Paraíba”. O município de Cajazeiras – PB possui área territorial de 526,28 km², e segundo o Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2009, o município tinha estimativa populacional de 57.875 habitantes (IBGE, 2009).

A USF escolhida para o estudo funciona de segunda à sexta-feira, oferecendo a comunidade onde está inserida atendimento médico, odontológico, de enfermagem, ambulatorial, entre outros.

A opção por este ambiente de pesquisa deveu-se ao fato de ser a USF o serviço ao qual a maioria das mulheres recorre para a realização do Papanicolaou, e a escolha específica da Unidade em questão, devido ao conhecimento prévio da referida comunidade, já que a

pesquisadora que já havia estado em estágio na mesma, facilitando o avanço da pesquisa sobre o tema proposto.

3.3 População e amostra

A população foi constituída por mulheres residentes na área de atuação da USF onde desenvolveu-se a pesquisa. A amostra foi composta por 70 mulheres, selecionadas entre aquelas que buscaram atendimento na referida Unidade de Saúde, através dos seguintes critérios de inclusão: idade entre 18 e 59 anos e já ter iniciado a vida sexual. Para a participação na pesquisa também foram necessárias aceitação voluntária e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados na USF José Leite Rolim no mês de fevereiro de 2010, onde foram aplicados os questionários contendo questões objetivas. Para isso foi solicitada autorização pela Coordenação de Pesquisa e Extensão da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cajazeiras, através de ofício (ANEXO A), que foi apresentado à Secretária Municipal de Saúde da cidade de Cajazeiras – PB.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um roteiro de entrevista estruturado especificamente para este estudo (APÊNDICE B), composto por questões fechadas: 5 questões para caracterização da amostra e 11 questões que nortearam a pesquisa em direção aos objetivos do estudo, trazendo como foco o exame Papanicolaou. Foi desenvolvido no estudo o processo de levantamento de dados com coleta através de entrevista com as mulheres que buscaram qualquer tipo de atendimento na referida USF, convidando-as a participar da pesquisa no momento em que as mesmas estavam esperando para serem atendidas e abordando-as individualmente para a aplicação do questionário.

3.5 Análise dos dados

Após a fase da coleta, os dados foram agrupados de forma sistematizada e posteriormente tabulados. Os mesmos foram analisados com o auxílio do programa *Microsoft*

Excel 2007, através do índice de frequência e percentual, e os resultados apresentados em forma de gráficos e tabelas, sendo posteriormente discutidos à luz de literaturas pertinentes ao tema.

3.6 Observâncias éticas

Os pesquisadores seguiram fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), que foi elaborado em linguagem clara, trazendo uma breve descrição da pesquisa e os demais esclarecimentos necessários, referentes a: participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento e permissão para publicação da pesquisa. O projeto foi encaminhado, para apreciação e parecer, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, sendo o mesmo aprovado sob protocolo nº 3571109 para o início da pesquisa, conforme consta na certidão (ANEXO B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta seção do trabalho é destinada a apresentação e discussão dos resultados encontrados. No primeiro momento será apresentada a caracterização socioeconômica das participantes do estudo e em seguida os resultados encontrados nas questões norteadoras.

4.1 Caracterização da amostra

Os resultados apresentados neste tópico relacionam-se com a caracterização do perfil das setenta mulheres constituintes da amostra do estudo. A apresentação desses resultados é feita na tabela 1 que traz as seguintes variáveis para a caracterização da amostra: faixa etária, ocupação, estado civil, escolaridade e renda familiar.

Os dados das faixas etárias das constituintes da amostra revelaram ter sido a mais prevalente a de mulheres jovens, 18 a 23 anos, representando 28,6% da amostra. As menos presentes, com 8,6% cada, foram as faixas de 42 a 47 anos e de 54 a 59 anos. Vale salientar que foi critério de inclusão na amostra ter idade entre 18 e 59 anos. Nos estudos encontrados na literatura com temática semelhante à deste, as faixas etárias das mulheres pesquisadas foram as mais diversas. Pinho *et al.* (2003), em estudo realizado no município de São Paulo pesquisou mulheres de 15 a 49 anos, sendo a que média de idade foi de 32,2 anos. Em estudos de Silva *et al.* (2006) e Hackenhaar, Cesar e Domingues (2006), respectivamente em Londrina (Paraná) e Pelotas (Rio Grande do Sul), foram entrevistadas mulheres de 20 a 59 anos. Faixa etária um pouco mais restrita foi pesquisada por Oliveira *et al.* (2006): mulheres de 25 a 49 anos residentes no município de São Luís (Maranhão).

Em relação às ocupações das mulheres entrevistadas, mais da metade delas, 54,3%, são donas de casa. Auxiliares de serviço e agricultoras aparecem com 5,7% cada, e estudantes e vendedoras com 4,3% cada. Várias outras profissões como: diarista, funcionária pública, professora, aposentada, faxineira, costureira, manicure, doméstica, atendente, agente de saúde, zeladora e técnica de enfermagem, foram citadas por 25,7% das mulheres. Os dados mostram que menos da metade das entrevistadas de nossa pesquisa está inserida no mercado de trabalho. Segundo Brasil (2006), a situação de saúde das mulheres brasileiras é agravada pela discriminação nas relações de trabalho, sobrecarga com as responsabilidades e com o trabalho doméstico.

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica da amostra.

VARIÁVEIS	F	%
FAIXA ETÁRIA		
18 — 23 anos	20	28,6%
24 — 29 anos	08	11,4%
30 — 35 anos	10	14,3%
36 — 41 anos	09	12,8%
42 — 47 anos	06	8,6%
48 — 53 anos	11	15,7%
54 — 59 anos	06	8,6%
OCUPAÇÃO		
Dona de casa	38	54,3%
Vendedora	03	4,3%
Agricultora	04	5,7%
Estudante	03	4,3%
Auxiliar de serviços	04	5,7%
Outras	18	25,7%
ESTADO CIVIL		
Solteira	14	20,0%
Casada	30	42,8%
União estável	17	24,3%
Separada	04	5,7%
Viúva	05	7,2%
ESCOLARIDADE		
Analfabeta	03	4,3%
Alfabetizada	04	5,7%
Fundamental incompleto	10	14,3%
Fundamental completo	32	45,7%
Médio incompleto	11	15,7%
Médio completo	07	10,0%
Superior incompleto	00	0%
Superior completo	03	4,3%
RENDA FAMILIAR		
Até 1 s.m.	50	71,4%
De 1 a 2 s.m.	17	24,4%
De 2 a 3 s.m.	01	1,4%
De 3 a 4 s.m.	01	1,4%
Mais de 4 s.m.	01	1,4%
TOTAL	70	100%

Os dados sobre o estado civil das constituintes da amostra revelaram que 42,8% são casadas, 24,3% mantêm união estável, 20,0% são solteiras, 7,2% são viúvas e 5,7% separadas. De acordo com Brasil (2006), a multiplicidade de parceiros sexuais configura-se como um dos fatores de risco para o câncer do colo do útero, principalmente se as relações sexuais forem realizadas sem proteção, o que leva a um potencial aumento do risco de infecção pelo

HPV principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Ao considerar em nossa pesquisa as mulheres que são casadas e as que mantêm união estável, veremos que cerca de 67% provavelmente possui um único parceiro, mas só isso não nos deixa afirmar que elas estão menos susceptíveis à infecção pelo HPV, pois para isso é necessário também considerar seus hábitos sexuais progressos e também os de seu parceiro.

Sobre o nível de escolaridade, o mais presente entre as entrevistadas foi o fundamental completo com 45,7%. Nenhuma relatou ter o superior incompleto, 10,0% delas possuem o ensino médio completo, 15,7% possuem o médio incompleto, 14,3% possuem o fundamental incompleto e 5,7% são alfabetizadas. Os extremos, analfabetismo e ensino superior completo, são os menos prevalentes na amostra com 4,3% cada. Em linhas gerais podemos observar que a maior parte da amostra possui baixa escolaridade, este quesito foi encontrado nos estudos de Oliveira *et al.* (2006) e Hackenhaar, Cesar e Domingues (2006) como relacionado ao maior risco de não realização do exame de prevenção.

Os dados sobre a renda familiar das constituintes da amostra apontaram que aproximadamente três quartos das entrevistadas, 71,4%, relatou ter renda familiar de até 1 (um) salário mínimo (s.m.), sendo que grande parte delas no momento dessa resposta afirmou ser a renda familiar constituída apenas pelo benefício do Programa Bolsa Família que é um programa do Governo Federal de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza (BRASIL, 2010), este fato demonstra ser a comunidade onde foi realizada a pesquisa uma comunidade carente. Apenas três das entrevistadas responderam possuir renda de 2 a 3, 3 a 4 ou mais de 4 salários mínimos.

4.2 Questões norteadoras

Neste tópico do estudo procederemos a apresentação e discussão dos dados obtidos com as respostas das questões norteadoras. Constavam na entrevista onze perguntas, das quais, com base nos objetivos do estudo foram escolhidas nove para serem aqui apresentadas e discutidas.

A tabela 2 traz as idades de início da vida sexual ativa das entrevistadas, sendo a idade mais prevalente a de 16 anos, idade na qual 17,1% das entrevistadas relatou ter tido sua primeira relação. Este dado é de extrema relevância, pois levanta uma reflexão sobre a recomendação do Ministério da Saúde de que o exame seja feito em mulheres dos 25 aos 60 anos de idade (BRASIL, 2006), sendo que a partir do início da vida sexual ativa a mulher já

possui o risco de contrair o vírus HPV e conseqüentemente de desenvolver o câncer do colo do útero. No caso das entrevistadas nesta pesquisa mais de 85% iniciou a vida sexual ativa antes dos 25 anos de idade.

Tabela 2 – Distribuição das constituintes da amostra segundo a idade de início da vida sexual ativa.

FAIXA ETÁRIA	F	%
13 anos	04	5,7%
14 anos	06	8,6%
15 anos	06	8,6%
16 anos	12	17,1%
17 anos	05	7,1%
18 anos	07	10,0%
19 anos	05	7,1%
20 anos	06	8,6%
21 — 24 anos	10	14,3%
25 — 28 anos	03	4,3%
29 — 33 anos	02	2,9%
Não lembra	04	5,7%
TOTAL	70	100%

É importante ressaltar que, como apontam Gompel e Koss (1999), o início precoce da atividade sexual é um dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero e em nossa pesquisa identificamos que 22,9% das mulheres iniciaram a vida sexual ativa com 15 anos ou menos.

A figura 1 traz um panorama do conhecimento das mulheres sobre o exame em foco. Quando perguntadas se já haviam ouvido falar em exame de prevenção do câncer do colo do útero todas elas responderam afirmativamente, ou seja, 100% já tinham pelo menos ouvido falar nesse exame. Em estudo realizado em Uberaba (Minas Gerais) por Valente *et al.* (2009), as entrevistadas responderam esta mesma pergunta sendo que 98% responderam já ter ouvido falar em exame de prevenção, 1% respondeu nunca ter ouvido falar sobre o exame e 1% não respondeu à pergunta. Menor conhecimento sobre o exame foi encontrado entre mulheres pesquisadas por Gamarra, Paz e Griep (2005) em inquérito domiciliar realizado na localidade de Puerto Leoni na Argentina, no qual 92,5% das entrevistadas informaram ter ouvido falar do exame de Papanicolaou. Em estudo de Hackenhaar, Cesar e Domingues (2006) apenas 0,5% das entrevistadas relataram que nunca ouviram falar do exame.

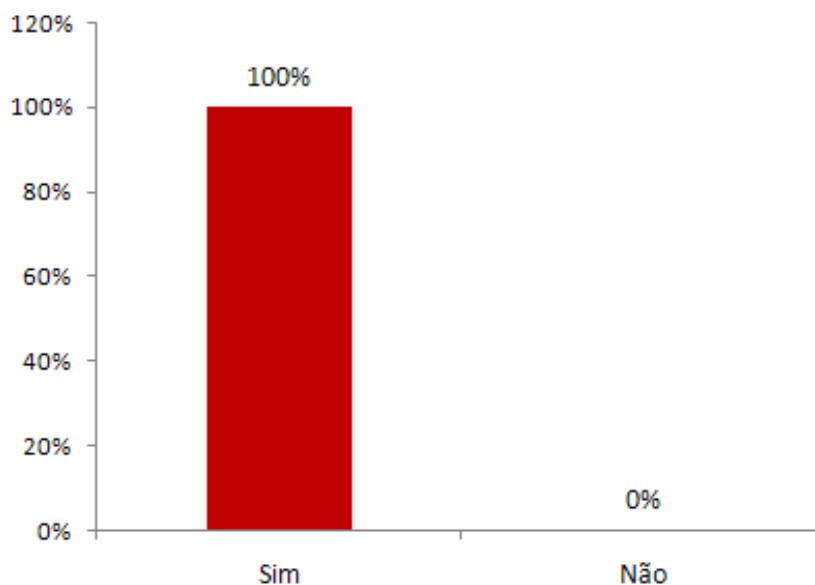


Figura 1 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento do exame.

A figura 2 traz os dados sobre a realização do exame. Embora 100% das mulheres tenham afirmado conhecer o exame, 20% delas afirmaram nunca o ter realizado. De acordo com a OMS (2002) o rastreamento apresenta boa cobertura quando esta é de no mínimo 80%. Com base nessa informação pode-se dizer que a parcela de 80% que afirmaram em nossa pesquisa já ter realizado o exame está no limite do que é considerada uma boa cobertura pela OMS. Resultado semelhante ao desta pesquisa foi encontrado no estudo de Silva *et al.* (2006), onde a cobertura geral do exame foi de 80,7%.

Estudo realizado pelo IBGE por meio da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) que pesquisou o acesso e utilização de serviços de saúde em 2003 constatou que a cobertura do exame de Papanicolaou em mulheres com mais de 24 anos no Brasil foi de 68,7%, e de 61,4% no estado da Paraíba.

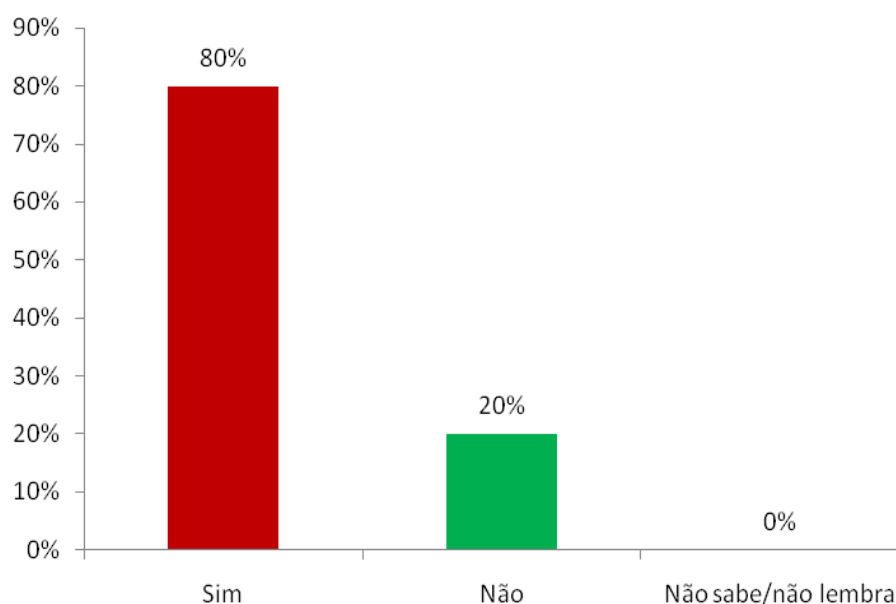


Figura 2 – Distribuição da amostra segundo a realização do exame.

A figura 3 teve como parâmetro para sua construção apenas as 14 mulheres que afirmaram nunca ter feito o exame. Elas foram perguntadas sobre quais os motivos que as levaram a não realizá-lo. Mais de três quartos das entrevistadas (78,7%) disse não ter feito por embarço, desconforto, medo ou vergonha. Esse dado corrobora com o que afirmam Oliveira e Pinto (2007) quando dizem que os motivos que podem interferir na decisão da mulher em realizar ou não realizar o exame de prevenção em alguns casos estão ligados a tabus, valores culturais e sua própria sexualidade.

Outros três motivos foram relatados: não achar necessário/ ser saudável/ não ter problemas ginecológicos; problemas relacionados ao serviço de saúde; e falta de interesse/ descuido/ falta de vontade, representando 7,1% da amostra, cada. Em outros estudos que realizaram este mesmo questionamento foram encontradas respostas similares. Em Silva *et al.* (2006), os principais motivos relatados para a não adesão ao exame foram vergonha (24,2%), desinformação (19,2%), falta de interesse (13,1%), dificuldade para o agendamento do exame (8,1%), o fato de não gostar do profissional da USF (6,1%) e nunca ter tido queixa ginecológica (4,0%). Estudo realizado por Pinho *et al.* (2003) no município de São Paulo, revelou que a ausência de sintomas ginecológicos foi a principal razão relatada pelas mulheres entrevistadas (45,0%) para não terem se submetido ao exame, seguida por sentimentos de medo do exame ou do diagnóstico, vergonha ou desconforto físico (32,5%). Nota-se que no estudo de Pinho *et al.* (2003) a vergonha aparece como segundo motivo mais relatado, diferentemente dos estudos realizados em Cajazeiras – PB e em Londrina – PR, tal diferença

possivelmente pode ser atribuída ao fato de serem as duas últimas cidades do interior, onde geralmente os valores e a mentalidade de seus habitantes são diferentes das dos habitantes de uma capital como São Paulo.

Ao considerar os dados socioeconômicos das mulheres que relataram nunca ter feito o exame teremos o seguinte: das 14 mulheres que relataram nunca ter feito o exame, 8 possuíam idade inferior a 25 anos; 9 delas possuíam escolaridade menor ou igual ao fundamental completo; e 10 possuíam renda de até 1 (um) salário mínimo. Estes dados corroboram com a afirmação de Pinho e França Júnior (2003), que as mulheres que não se submetem ao exame de Papanicolaou são, em sua maioria, as que possuem baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, baixa renda familiar e pertencentes às faixas etárias mais jovens.

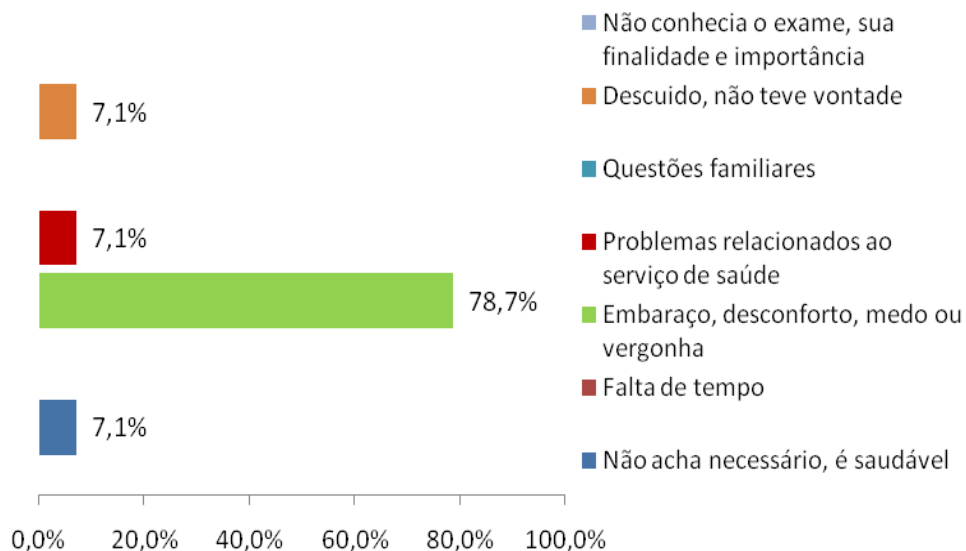


Figura 3 – Distribuição da amostra segundo o motivo para a não realização do exame.

As figuras 4 a 6 e a tabela 3 tiveram como parâmetro para a sua construção não mais as 70 entrevistadas, mas sim as 56 que afirmaram já ter feito o exame pelo menos uma vez.

A figura 4 traz os motivos que levaram as mulheres a fazer o exame. Nesta questão 64,3% afirmaram ter realizado o exame por procura espontânea, ou como dito por grande parte delas “porque eu quis”, este dado pode ser considerado positivo, pois demonstra que mais da metade delas teve a iniciativa de fazer o exame de prevenção literalmente para a prevenção.

Pinho *et al.* (2003) alerta que a ausência de sinais ou sintomas que caracterizem a presença de algo errado no organismo pode acabar contribuindo para que as mulheres não busquem cuidado médico-ginecológico, esta afirmação pode ser correlacionada com os 30,4% que afirmaram em nossa pesquisa só ter ido realizar o exame por conta da presença de queixas

ginecológicas. A recomendação médica foi o motivo relatado por 5,3% das entrevistadas. No estudo de Pinho *et al.* (2003), a procura espontânea, com 55,5%, também foi o principal motivo relatado pelas mulheres para a realização do exame, porém o segundo motivo mais citado foi a recomendação médica, com 25,0% e a presença de queixas ginecológicas apareceu em terceiro lugar com 18,2%. Já no estudo de Silva *et al.* (2006), o principal motivo citado foi rotina do programa oferecido pela USF (46,9%), seguido de recomendação médica (25,8%) e queixas ginecológicas (14,0%).

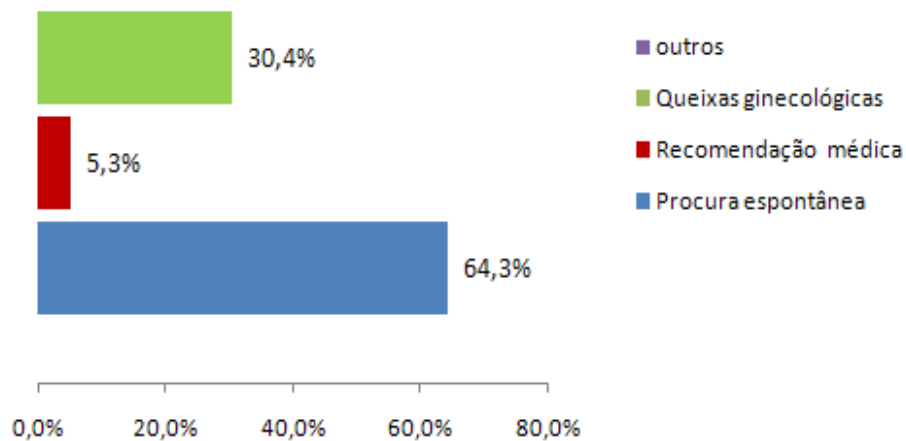


Figura 4 – Distribuição da amostra segundo o motivo para a realização do exame.

A tabela 3 traz as informações sobre a idade com que as mulheres realizaram o primeiro exame. Os resultados desta questão nos mostram que 58,9% disseram ter feito o exame com uma idade inferior a 27 anos, demonstrando que a busca pela realização do exame mesmo não estando em total conformidade com o que preconiza o Ministério da Saúde, que recomenda a realização a partir dos 25 anos (BRASIL, 2006), está sendo feita cedo, podendo assim ser decisiva no caso de presença de alterações cervicais para o diagnóstico precoce e eficácia do tratamento. As mulheres mais jovens são as de menor risco do ponto de vista epidemiológico, porém é entre elas que se observa uma maior demanda ao serviço de saúde em busca de serviços de pré-natal ou de planejamento familiar. Com isso, nesta faixa etária a realização do exame acaba acontecendo com maior frequência do que a necessária, não se caracterizando, portanto, uma prática custo/efetiva (PINHO *et al.*, 2003).

Em nossa pesquisa 16% das entrevistadas afirmaram ter realizado o primeiro exame com idade entre 33 e 59 anos. Day (*apud* PINHO; FRANÇA JÚNIOR, 2003) notou que a

partir de tendências temporais nas taxas de incidência por câncer cervical específicas por idade em diferentes países, o teste de Papanicolaou realizado entre 35 e 60 anos de idade tem se mostrado 30 vezes mais efetivo em detectar lesões cervicais destinadas a se tornarem invasivas, do que se realizado aos 20 anos de idade, e 10 vezes mais efetivo do que quando realizado aos 25 anos de idade. Isto pode ser melhor entendido com o que afirma Silva *et al.* (2006), quando diz que as proporções de exames de citologia oncótica alterados são maiores nas faixas etárias mais jovens, porém as taxas de câncer invasivo aumentaram com a idade.

Tabela 3 – Distribuição das constituintes da amostra segundo a idade de realização do 1º exame.

FAIXA ETÁRIA	F	%
14 17 anos	12	21,4%
18 22 anos	13	23,2%
23 27 anos	08	14,3%
28 32 anos	01	1,8%
33 37 anos	02	3,5%
38 42 anos	03	5,4%
43 47 anos	01	1,8%
48 ou mais	03	5,4%
Não lembra	13	23,2%
TOTAL	56	100%

A figura 5 traz as informações sobre quanto tempo se passou entre a realização do último exame e o momento da entrevista. Quando perguntadas sobre há quanto tempo tinham feito o exame pela última vez, 58,9% relataram ter feito a menos de um ano e 25,0% de 1 a 3 anos, o que demonstra que essas estão obedecendo a periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde, que é a realização do exame uma vez por ano e após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos (BRASIL, 2006). Já 5,4% o realizou de 3 a 5 anos e 10,7% das mulheres realizaram o último exame a mais de 5 anos estando fora da periodicidade preconizada.

Resultado semelhante foi obtido no estudo de Silva *et al.* (2006), onde 53,8% das entrevistadas haviam se submetido ao exame há menos de um ano, 26,9% entre um e três anos e 9,4% relataram que compareceram para coleta há três anos ou mais.

Estudos de coorte e de caso-controle realizados em diferentes países mostram que o rastreamento de 100% da população feminina de 35 a 64 anos, anualmente ou com intervalos trienais, apresenta resultados semelhantes quanto à redução na incidência do câncer cervical, 93,5% e 91,4%, respectivamente (DAY, 1986 *apud* PINHO; FRANÇA JÚNIOR, 2003).

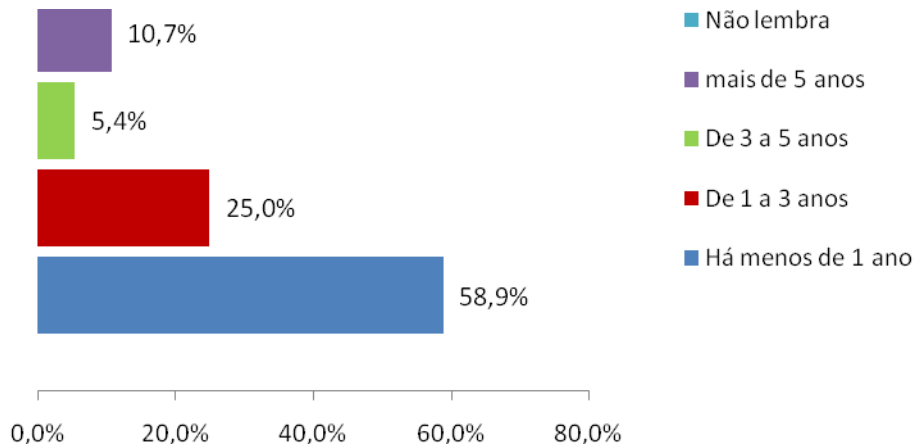


Figura 5 – Distribuição da amostra segundo o tempo decorrido desde a realização do último exame.

A figura 6 traz os dados obtidos com a pergunta: “Na última vez que fez o exame, você retornou ao serviço de saúde para pegar o resultado?”. Das 56 mulheres entrevistadas, 83,9% afirmaram ter ido buscar o resultado, 8,9% não retornaram para buscar e 7,2% disseram ter feito o exame a menos de um mês, período de tempo em que o resultado ainda não retornou do laboratório para a unidade de saúde.

Em cada exame de Papanicolaou realizado é feito um investimento por parte do serviço. São envolvidos profissionais de nível superior e pessoal técnico, assim como gastos diversos com material no processo de coleta do exame, leitura da lâmina e impressão do resultado. Quando a mulher não retorna ao serviço para receber esse resultado há um desperdício de tempo e recursos, por parte do serviço e da mulher, pois o objetivo do Papanicolaou, ou seja, a prevenção do câncer do colo uterino, não é alcançado (GREENWOOD; MACHADO; SAMPAIO, 2006).

Porém para Pinho e França Júnior (2003), a aparente falta de interesse da mulher em pegar o resultado nem sempre é unilateral. Às vezes não é oferecida, por parte do serviço, orientação clara sobre a importância do retorno para a validade da coleta do exame. O fato de a paciente não receber o exame ou o modo como ele é comunicado, se pessoalmente ou não, pode representar uma oportunidade perdida de se desconstruírem crenças e atitudes negativas em relação ao teste, sua finalidade, o significado de seus resultados e ao próprio câncer cervical. Portanto, como afirmam Greenwood, Machado e Sampaio (2006), é imprescindível

que o profissional ofereça informações relevantes à prevenção do câncer e certifique-se de que a mulher as compreendeu. Quando esse processo educativo ocorre, viabiliza-se que a mulher compreenda o processo e complete o seu tratamento adequadamente, além de poder compartilhar informalmente seu aprendizado com familiares e amigos.

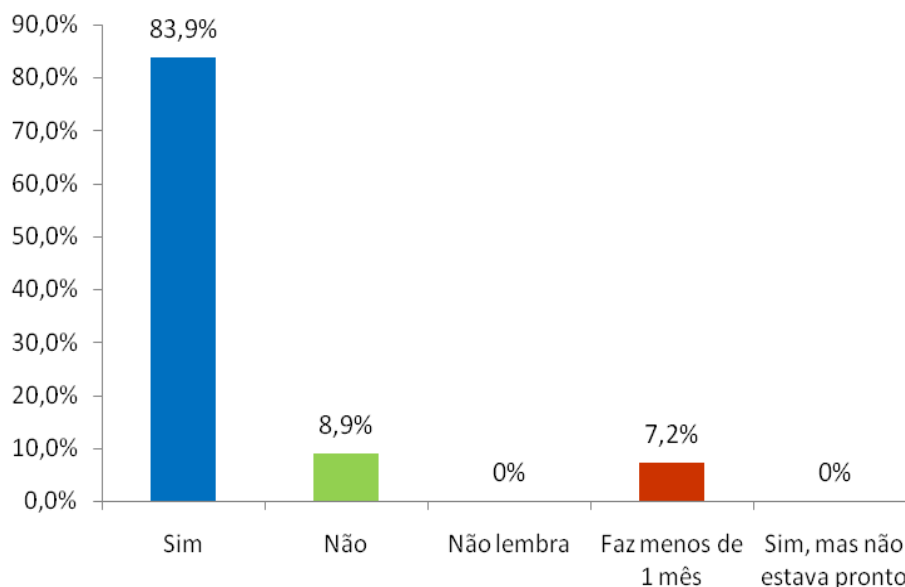


Figura 6 – Distribuição da amostra segundo o retorno para recebimento do resultado.

A figura 7 teve como parâmetro para sua construção as cinco mulheres que disseram não ter retornado a unidade de saúde para o recebimento do resultado. Dessas, 60% disseram não ter ido buscar por terem viajado ou se mudado, 20 % porque não ter se lembrado e 20% por ter usado o medicamento prescrito no dia da realização do exame e devido à melhora ter achado que já estava “boa” não havendo mais a necessidade de receber o resultado do exame, isso demonstra a falta de conhecimento da principal finalidade do exame, que é a detecção das alterações do colo do útero e não o tratamento de outras vaginoses e que o profissional deve orientar bem a mulher explicando que o medicamento que está sendo prescrito serve apenas para o sintoma que ela está apresentando e que o resultado do exame é que vai dizer se ela tem ou não alguma alteração ao nível de colo do útero.

Em estudo qualitativo realizado por Greenwood, Machado e Sampaio (2006), a partir dos motivos que as mulheres entrevistadas apresentaram para não retornarem ao serviço para receber o resultado do exame, puderam-se construir três categorias: motivos relacionados à mulher: a situação de trabalho, falta de transporte, viagem, esquecimento; motivos relacionados ao profissional: falta de interação profissional-paciente, mau atendimento; e

motivos relacionados ao serviço: greves, atraso na liberação do resultado do exame, dificuldade de atendimento.

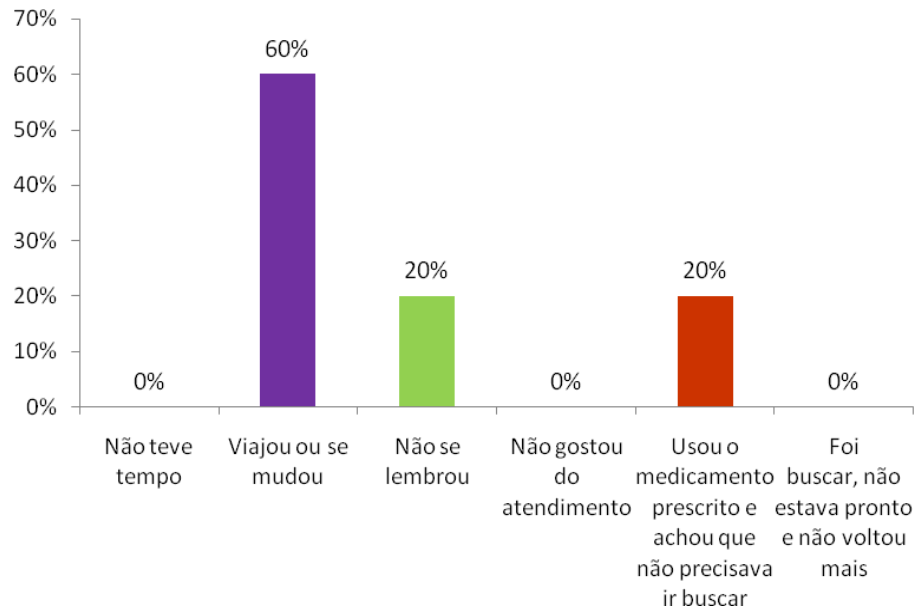


Figura 7 – Distribuição da amostra segundo o motivo do não retorno para recebimento do resultado.

6 CONCLUSÕES

O exame de prevenção do câncer do colo do útero, exame de Papanicolaou ou exame colpocitológico se realizado em toda a população alvo e com a correta periodicidade poderá tornar-se o principal responsável pela redução da morbimortalidade por este tipo de câncer. Partindo desse pressuposto surgiu o interesse da elaboração deste estudo, que teve como objetivo principal conhecer as motivações das mulheres pesquisadas, usuárias da USF José Leite Rolim, em relação ao exame de Papanicolaou.

O estudo revelou dados positivos como: o conhecimento do exame por todas as entrevistadas, o principal motivo para a realização ter sido a procura espontânea, a realização do primeiro exame ter sido feita antes dos 25 anos por mais da metade delas, a periodicidade estar sendo seguida pela maioria. Mas também revelou dados negativos, como: aquelas que nunca realizaram o exame, as que só o fizeram devido a presença de queixas ginecológicas, as que não estão obedecendo a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde e ainda aquelas que fizeram o exame, mas não retornaram para o recebimento do resultado. Esses resultados demonstram que as ações de educação em saúde realizadas através de campanhas, da mídia, de palestras, etc., vêm conseguindo que grande parte das mulheres seja conscientizada, devendo, portanto, ser continuadas até que toda a população entenda a importância deste exame e até que os tabus que o cercam sejam eliminados, obtendo-se assim maiores taxa de adesão ao colpocitológico. Fica claro também que o profissional de saúde deve preocupar-se em orientar as mulheres, esclarecendo as dúvidas que existirem sobre o exame e enfatizando que embora sua realização possa causar certo embaraço ou vergonha, ela é necessária para a prevenção da ocorrência do CCU.

Temos a percepção de termos alcançado os objetivos inicialmente propostos e pretendemos com essa pesquisa contribuir para a obtenção de um melhor entendimento de onde se encontram os pontos-chaves para adesão e reforçar sobre a importância do exame para aquelas mulheres que já o consideram importante. Esperamos ainda, que este estudo incentive o desenvolvimento de novas pesquisas, em especial ao nível do município de Cajazeiras para que se possa ter um melhor panorama a respeito das motivações das mulheres em relação ao Papanicolaou e a partir daí possam ser planejadas ações que busquem o aumento da cobertura, a realização com a correta periodicidade e o correto seguimento dos casos, o que culminará na redução da morbimortalidade pelo câncer do colo do útero.

REFERÊNCIAS¹

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Atual. amp. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno da Atenção Básica n 13: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Manual Técnico Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. **Programa Bolsa Família**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/o-que-e>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Combate ao Câncer Cérvico Uterino e Mama – Viva Mulher**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140>. Acesso em: 17 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa . **Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 15 out. 2009.

CHAVES, E. **Bases da prevenção do câncer do colo do útero**. João Pessoa: A União, 1985.

COSTA, A.M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In GIFFIN, K.; COSTA, S.H. **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1999.

DE ANDRADE, S. R.; BÜCHELE, F.; GEVAERD, D. Saúde mental na atenção básica de saúde em Brasil. **Enfermeira Global**. n. 10, p. 1-11, maio, 2007. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/214/250>> Acesso em: 31 out. 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2 ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2007.

GAMARRA, C.J., PAZ, E.P.A., GRIEP, R.H. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de papanicolaou entre mulheres argentinas. **Revista de Saúde Pública**. v.39, n.2, p.270-276, 2005.

¹ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. **NBR 6023: Informação e documentação - referências – elaboração**. Rio de Janeiro: 2002.

GOMPEL, C.; KOSS, L.G. **Citologia ginecológica e suas bases anatomoclínicas**. São Paulo: Manole Ltda., 1999.

GREENWOOD, S.A.; MACHADO, M.F.A.S.; SAMPAIO, N.M.V. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolaou. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, julho/agosto, 2006.

HACKENHAAR, A. A.; CESAR, J. A.; DOMINGUES, M. R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.9, n.1, p.103-111, 2006.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2009**, Tabela Estimativas das Populações Residentes. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf> Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Acesso e utilização de serviços de saúde 2003. Tabela 26 - Mulheres de 25 anos ou mais de idade, por situação de realização de exame preventivo para câncer de colo de útero e a época do último exame preventivo para câncer de colo de útero realizado, segundo as Unidades da Federação - Brasil – 2003. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude_2003.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2010.

JULIANI, C.M.C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 33, n. 4, p. 323-333, dezembro, 1999. Disponível em <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/465.pdf>> Acesso em: 01 nov. 2009.

LEAL, E.A.S. *et al.* Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do Município de Rio Branco – Acre. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, março, 2003.

MARTINS, N.V.; RIBALTA, J.C.L. **Patologia do trato genital inferior**. São Paulo: Roca Ltda., 2005.

MARTINS, L.F.L.; THULER, L.C.S.; VALENTE, J.G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 27, n. 8, p.485-492, agosto, 2005.

MINAYO, M.C.S.(Org) *et.al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOORE, K.L.; DALLEY, A.F. **Anatomia orientada para a clínica**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NETO, E.J. A vacina contra o papilomavírus humano. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.11, n. 3, p. 521-523, setembro, 2008.

NOBRE, J.A.A.; LOPES NETO, D. Avaliação de Indicadores de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero no Amazonas, Norte do Brasil, de 2001 a 2005. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 55, n. 3, p. 213-220, maio, 2009.

OLIVEIRA, M. M. H. N., *et al.* Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.9, n.3, p. 325-334, 2006.

OLIVEIRA, M.M.; PINTO, I.C. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo útero na estratégia saúde da família em uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 7, n. 1, p. 31-38, janeiro/março, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Sumário Executivo. **Programas Nacionais de Controle do Câncer: Políticas e Diretrizes Administrativas**. . Geneva: OMS, 2002. Disponível em <<http://www.who.int/cancer/publications/en/index.html>>. Acesso em: 16 out. 2009.

PINHO, A.A., *et al.* Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, sup. 2, p. S303-S313, 2003.

PINHO, A.A.; FRANÇA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer do colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 3, n. 1, p.95-112, 2003.

RAMA, C., *et al.* Rastreamento anterior para câncer de colo uterino em mulheres com alterações citológicas ou histológicas. **Revista Saúde Pública**. v. 42, n. 3, p. 411-419, 2008.

ROBBINS, S.L., *et al.* **Patologia Estrutural e Funcional**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**.6 ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda.,2003.

SANTOS, A.G., *et al.* A Importância da Prevenção do Câncer de Colo de Útero. **Revista Santa Rita**. São Paulo, ano 3, n. 6, 2008.

SILVA, D. W., *et al.* Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**. v.28, n.1, p.24-31, janeiro, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10. ed., v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

VALENTE, C. A., *et al.* Conhecimento de mulheres sobre o exame de papanicolaou. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.43, esp 2, p.1193-1198, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Esta pesquisa intitulada “Motivações de usuárias para a realização de exame colpocitológico em uma Unidade de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB” está sendo desenvolvida por Laraina Moreira Silva, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação do Professor Esp. Francisco José Gonçalves Figueiredo. Os objetivos deste estudo são: Conhecer o posicionamento das mulheres pesquisadas em relação ao exame de prevenção do câncer do colo do útero; Identificar os motivos que as levam a fazer ou a não fazer o exame; Verificar se as mulheres que fizeram o teste retornaram para buscar o resultado.

A realização deste trabalho se deve à importância de conhecer as motivações das mulheres no que diz respeito ao exame de prevenção do câncer do colo do útero, pois é a partir desse que é possível o diagnóstico precoce dessa doença, obtendo-se assim maiores chances de sucesso do tratamento.

Para realização dessa pesquisa solicito sua colaboração através de participação em uma entrevista com a pesquisadora. Deixo claro que sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa.

Gostaria de requerer também a sua permissão para disseminar o conhecimento produzido deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido no anonimato. Este trabalho não apresenta nenhum risco direto para a participante. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa e ao final do estudo trará ao seu conhecimento os resultados da pesquisa.

Vale ressaltar que, a pesquisadora levará em consideração as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 196/96 nas fases de planejamento, execução e de disseminação do processo de pesquisa.

Caso deseje, a senhora poderá procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras - PB, telefone (83) 3531-2848, ou com o Coordenador, o professor Joselito Santos, telefone (83) 8812- 4039, ou junto ao pesquisador responsável, o professor Esp. Francisco José

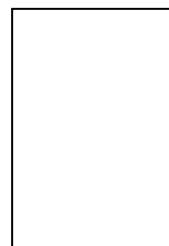
Gonçalves Figueiredo, telefone (83) 8802 -3632, ou ainda à pesquisadora participante, a aluna Laraina Moreira Silva, telefone (83) 8817 - 1983.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse termo.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Nome do sujeito: _____

Assinatura: _____



Assinatura do pesquisador responsável
Prof. Esp. Francisco José G. Figueiredo

Assinatura do pesquisador participante
Laraina Moreira Silva

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADO

A. Dados sobre a entrevista

1. Identificação: Número _____
2. Data: ___ / ___ / _____ 3. Local: _____

B. Caracterização da Amostra

1. Idade: _____ anos. 2. Ocupação : _____
3. Estado civil: solteira casada união estável separada viúva
4. Escolaridade: analfabeta alfabetizada fundamental incompleto
 fundamental completo médio incompleto médio completo
 superior incompleto superior completo
5. Renda Familiar: até 1 salário mínimo de 1 a 2 salários mínimos
 de 2 a 3 salários mínimos de 3 a 4 salários mínimos
 mais de 4 salários mínimos

C. Questões norteadoras

1. Com quantos anos você teve sua primeira menstruação?
 9 ou menos 10 11 12 13 14 15 ou mais não lembra
2. Com quantos anos você iniciou sua vida sexual ativa? _____
3. Você já ouviu falar em exame de prevenção do câncer de colo do útero?
 Sim Não
4. Você já fez este exame alguma vez na vida?
 Sim Não Não sabe/não lembra
5. Se não fez: Qual o motivo?
 não acha necessário/é saudável ou não tem problemas ginecológicos
 falta de tempo embaraço/desconforto, medo ou vergonha

- problemas relacionados ao serviço de saúde questões familiares
 falta de interesse, descuido, não teve vontade
 não conhecia o exame sua finalidade e importância outros

Se já fez:

6. Qual motivo te levou a fazer?

- procura espontânea recomendação médica
 presença de queixas ginecológicas outros

7. Quantas vezes você já fez este exame? _____

8. Com quantos anos você fez o primeiro exame? _____

9. Quando o realizou pela última vez?

- Há menos de um ano de 1 a 3 anos de 3 a 5 anos
 mais de 5 anos não lembra

10. Na última vez que fez o exame, você retornou ao serviço de saúde para pegar o resultado?

- sim não não lembra faz menos de 1 mês sim, mas não estava pronto

11. Se não foi buscar, qual o motivo para não ir?

- Não teve tempo viajou ou se mudou não se lembrou
 não gostou do atendimento
 usou o medicamento prescrito e achou que não precisava mais ir buscar
 foi buscar, não tinha chegado e então não retornou mais.

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DE PESQUISA E EXTENSÃO

Ofício 017/2009 – UACV/CFP/Coordenação de Pesquisa e Extensão

DO: **COORDENADOR DE PESQUISA E EXTENSÃO – UACV – CFP**
Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva

A : **SECRETÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB**
Raelza Borges Pereira

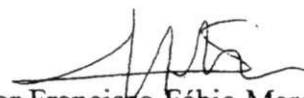
Venho por meio deste, solicitar a V. Sa. Autorização para a aluna **Laraina Moreira Silva**, matrícula **50612096**, que cursa a Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, coletar dados referentes ao trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulado: **Motivações para a realização ou não de exame colpocitológico (exame de Papanicolau) em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB**, sob a orientação do Professor Especialista Francisco José Gonçalves Figueiredo, durante o período de dezembro do ano de 2009 a fevereiro do ano de 2010.

Informamos que estes dados serão devidamente analisados de acordo com as normas que regem o TCC da UFCG e asseguramos que todas as informações colhidas serão utilizadas de acordo com normas do comitê de ética em pesquisa regulamentado pelo Ministério da Saúde – CONEP.

Cajazeiras, 04 de Novembro de 2009.

recebido em
05-11-09


Raelza Borges de A. Pereira
SECRETÁRIA DE SAÚDE
05-11-09


Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva
Coordenador de Pesquisa e Extensão
da UFCG-CFP-UACV




**FACULDADE SANTA MARIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

CERTIDÃO

Certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **Motivações de usuárias para a realização de exame Colpocitológico em uma Unidade de Saúde da Família do município de Cajazeiras - PB**, protocolo 3571109 do pesquisador Francisco José Gonçalves Figueiredo, foi aprovado, em reunião realizada no dia 12/11/2009, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após o término da pesquisa, deve ser encaminhado ao CEP/FSM o relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Para este fim, será emitida uma certidão específica.

Cajazeiras – PB, 08 de abril de 2010.


Joselito Santos
Coordenador do CEP/FSM