

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FLÁVIA CRISTINE DA SILVA CAVALCANTE
RANILDA NASCIMENTO ALVES

EXAME PAPANICOLAOU: conhecimento e prática de mulheres em um Centro de Saúde em Parauapebas-PA.

São Luís
2013

**FLÁVIA CRISTINE DA SILVA CAVALCANTE
RANILDA NASCIMENTO ALVES**

**EXAME PAPANICOLAOU: conhecimento e prática de mulheres em um Centro de
Saúde em Parauapebas-PA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família da
Faculdade Laboro, Universidade Estácio de Sá, para
obtenção do título de Especialista em Saúde da
Família.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís
2013

Cavalcante, Flávia Cristine da Silva

Exame Papanicolau: conhecimento e prática de mulheres em um Centro de Saúde em Parauapebas-Pa. / Flávia Cristina da Silva Cavalcante, Ranilda Nascimento Alves. – São Luís, 2013.

60f.

Impresso por computador (fotocópia).

Orientadora: Profª Drª Mônica Elinor Alves Gama

Monografia (Pós-Graduação) – Faculdade Laboro, Universidade Estácio de Sá, Curso de Especialização em Saúde da Família, 2013.

1. Saúde da mulher. 2. Prevenção. 3. Câncer uterino. I. Título

CDU 616.146-006.6

**FLÁVIA CRISTINE DA SILVA CAVALCANTE
RANILDA NASCIMENTO ALVES**

EXAME PAPANICOLAOU: conhecimento e prática de mulheres em um Centro de Saúde em Parauapebas-PA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Faculdade Laboro, como requisito para trabalho de conclusão de curso.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade São Paulo-USP

Prof^a. Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinadora)
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo-USP

À Deus, fonte de minha inspiração.
Aos nossos queridos pais, pelo
apoio e confiança.

AGRADECIMENTOS

A Deus que nos guiou em cada momento de nossas vidas, ajudando-nos a superar os obstáculos durante todo o percurso de nossas vidas.

Aos nossos pais, por terem nos ensinado os valores mais importantes da vida e por acreditarem que esse sonho seria possível.

À todos os nossos familiares, pelo amor, exemplo e apoio constantemente

Aos professores do Curso de Especialização em Saúde da Família, em especial à professora Mônica Gama, por orientar-nos e disponibilizar de sua ajuda para conclusão deste trabalho.

As técnicas de enfermagem Valdete Lima e Francidalva Bezerra pelo apoio em cada instante.

À Enfermeira Vera Mesquita, pela ajuda.

E a todos que de alguma forma contribuíram, diretamente ou indiretamente para realização deste trabalho.

“Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muitos bons.
Porém, há os que lutam toda a vida.
Esses são os imprescindíveis”.

Bertolt Brecht

RESUMO

No Brasil, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum em mulheres, sendo uma das maiores causas de morte em mulheres jovens. Este estudo tem o objetivo de avaliar o conhecimento e prática das mulheres sobre o exame Papanicolaou em um Centro de Saúde em Parauapebas-PA. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado com 34 mulheres em um Centro de Saúde no período de dezembro 2012 a janeiro de 2013. Os dados quantitativos foram organizados e tabulados no Programa Excel 2007. Os resultados mostraram que a maioria das mulheres possuía idade variando de 25 a 51 anos, A maioria referiu união estável, da raça/cor não-branca, com ensino médio completo, sendo do lar. Em relação às características ginecológicas, com início da atividade sexual entre 15 a 19 anos, sem utilizar anticoncepcional oral, com parceiro fixo em suas relações sexuais e sem usar camisinha. Sobre o conhecimento do exame preventivo, a maioria das mulheres referiu conhecer o exame, sabendo da importância dele na vida delas, sendo que mais da metade responderam que já havia realizado e que sabia sobre os cuidados necessários antes da realização. Em relação à percepção das mulheres sobre a realização do exame Papanicolaou, a grande maioria referiu gostar da consulta de enfermagem, uma vez que a enfermeira explicava sobre o mesmo, mostrando confiança e assim oportunizando-as a esclarecer dúvidas.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Prevenção de Câncer de Colo Uterino. Conhecimentos. Atitudes e Prática em Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, cancer of the cervix is the second most common cancer in women and is a major cause of death in young women. This study aims to assess the knowledge and practice of women about cervical cancer screening in a health center in Parauapebas-PA. This is a descriptive study with a quantitative approach carried out with 34 women in a Health Center from December 2012 to January 2013. Quantitative data were organized and tabulated in Excel 2007 program. The results showed that most women had aged 25-51 years reported the most stable, race / non-white, completed high school, and home. Regarding the characteristics gynecological, with early sexual activity among 15 to 19 anos without oral contraceptive use with their steady partner in sex without using a condom. On the knowledge of preventive screening, most women reported knowing the exam, knowing the importance of it in their lives, and more than half said they had done and knew about the necessary precautions before performing. Regarding the perception of women about the Pap smear, the vast majority reported like nursing consultations, since the nurse explained about the same, showing confidence and providing opportunities for them to just answer questions.

Keywords: Women's Health. Prevention of Cervical Cancer. Knowledge. Attitudes and Practice in Health.

LISTAS DE GRÁFICOS

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das 34 mulheres, segundo dados Demográficos. Parauapebas-PA, 2013.....	34
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das 34 mulheres segundo conhecimento acerca do exame papanicolau. Parauapebas-PA, 2013.....	37
Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das 34 mulheres segundo a realização prévia do exame papanicolau. Parauapebas-PA, 2013.....	38
Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual das 34 mulheres segundo a precaução na realização do exame papanicolau. Parauapebas-PA, 2013.....	40
Tabela 5 – Distribuição demográfica da população em estudo, segundo explicação sobre o exame. Parauapebas-PA, 2013.....	42
Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual das 34 mulheres segundo a visão da realização do exame. Parauapebas-PA, 2013.....	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACO	- Anticoncepcional Oral
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CCU	- Câncer do Colo do Útero
CDC	- Centro de Controle de Doenças
DNA	- Ácido Desoxirribonucléico
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
HPV	- Papilomavírus Humano
IARC	- Agência Internacional de Pesquisa em Câncer
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
NIC	- Neoplasia Intraepitelial
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PAISM	- Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCR	- Reação de Cadeia de Polimerase
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNCCCU	- Programa Nacional do Controle do Câncer do Colo do Útero
PSF	- Programa Saúde da Família
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	12
2.	OBJETIVOS.....	15
2.1	Geral.....	15
2.2	Específicos.....	15
3.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
4.	METODOLOGIA.....	30
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
6.	CONCLUSÕES.....	44
	REFERÊNCIAS.....	45
	APÊNDICES.....	53
	ANEXO.....	64

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum em mulheres, sendo uma das maiores causas de morte em mulheres jovens, principalmente no terceiro mundo. No Brasil, o câncer de colo uterino é a segunda causa de morte por câncer em mulheres, superado apenas pela neoplasia de mamas (BRASIL, 2003).

Para o Instituto Nacional do Câncer (2008), as maiores taxas de incidência do câncer de colo do útero são observadas em países pouco desenvolvidos, indicando uma forte associação deste tipo de câncer com as condições de vida precária, com os baixos índices de desenvolvimento humano, com a ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (promoção e prevenção em saúde) e com a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para o diagnóstico precoce e tratamento das lesões precursoras.

Essa alta incidência está muito relacionada ao Papilomavírus Humano (HPV), sendo condição necessária para o desenvolvimento de lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero. Porém, não é uma causa suficiente, pois para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intraepiteliais, além do HPV, é necessária a sua associação com outros fatores de risco, como o tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, multiparidade, baixa ingestão de vitaminas, iniciação sexual precoce e coinfeção por agentes infecciosos como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e *Chlamydia trachomatis* contribuem também (NADAL; NADAL, 2008; INCA, 2009).

O HPV tem papel importante no desenvolvimento de neoplasias de células cervicais e na sua transformação em células cancerosas, estando presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero. Uma forma de prevenção primária do câncer do colo do útero é o uso de preservativos durante a relação sexual. A prática do sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio pelo HPV. Porém, a detecção de lesões precursoras e o diagnóstico precoce do câncer no colo uterino ainda são as melhores estratégias para diminuir a morbi-mortalidade dessa neoplasia, sendo uma forma de prevenção secundária, o rastreamento dessas lesões feito através da realização do exame preventivo (INCA, 2008).

Segundo Leoni (2009), estudos indicam que cerca de 50% da população feminina sexualmente ativa em algum momento da vida desenvolve o HPV.

Estatísticas mostraram que cerca de 30 milhões pessoas, em todo o mundo, apresentam lesões de verruga genital, condiloma acuminado; 10 milhões de pessoas apresentam lesões intra-epiteliais de alto grau em colo uterino, sendo que ocorrem no mundo cerca de 500 mil casos de câncer de colo uterino anualmente.

As alterações detectadas no colo do útero podem ser descobertas através do exame preventivo de câncer ginecológico antes do câncer se espalhar. O exame preventivo, ginecológico, chamado Papanicolaou foi criado pelo Dr. George Papanicolaou em 1940. A importância desse exame dá-se porque, através dele, pode-se detectar doenças que ocorrem no colo do útero antes do desenvolvimento do câncer, ou seja, o exame não só diagnostica essa doença, como também serve para determinar o risco de uma mulher vir a desenvolver o câncer (ORQUIZA, 2009).

O Ministério da Saúde (2006), recomenda que toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve se submeter ao exame preventivo periódico, especialmente dos 25 aos 59 anos de idade. Inicialmente, o exame deve ser feito a cada ano. Se dois exames anuais seguidos apresentarem resultado negativo para displasia ou neoplasia, o exame pode passar a ser feito a cada três anos. Na análise do esfregaço, o material é classificado de acordo com as características histológicas e celulares apresentadas.

Devido à eficácia do exame Papanicolaou, o Ministério da Saúde juntamente com o INCA criaram o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, conhecido também como Viva Mulher, cujo objetivo é promover instruções aos profissionais de saúde sobre sua atuação nesse programa, fornecendo apostilas explicativas e promovendo mutirões para a realização do exame preventivo (BRASIL, 2002).

Essas instruções permitem a conscientização através de práticas educativas. Elas são fundamentais para a contenção do avanço de doenças como o câncer do colo do útero. E as instituições de saúde, assim como seus profissionais, são vistos como principais atores, não podendo omitir-se de sua responsabilidade (INCA, 2008).

Entre esses profissionais, o enfermeiro atua na prevenção principalmente através da consulta de enfermagem, que é uma atividade privativa da(o) enfermeira(o), permitindo o exercício de sua autonomia. Deve possibilitar a assistência à mulher de forma integral, além de ser uma excelente oportunidade para educá-la no desenvolvimento de um comportamento preventivo, ou seja, para

buscar espontaneamente os serviços de saúde de forma periódica, mesmo na ausência de sintomas (BARROS, 2002).

Uma das principais formas de conter o avanço de doenças como o câncer do colo do útero é a conscientização da população. Porém, dados de estudos epidemiológicos realizados pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde mostram que, apesar das inúmeras campanhas preventivas e dos diversos métodos de obtenção de informação sobre a prevenção de doenças como o câncer do colo de útero, através da internet, jornais, revistas, rádios, televisão, a população não se mostra conscientizada sobre os riscos de contaminação (SMELTZER; BARE; BRUNER, 2006b).

Daí, por reconhecer que o processo de conscientização é essencial para a realização do exame Papanicolaou e devido à grande relevância desse exame para a redução da morbi-mortalidade em mulheres no Brasil no âmbito da Saúde Pública, interessou-se por esse tema, buscando avaliar o conhecimento e a prática das mulheres sobre esse exame em um Centro de Saúde em Parauapebas-PA.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Avaliar conhecimento e prática das mulheres sobre o exame Papanicolaou em um Centro de Saúde em Parauapebas-PA.

2.2. Específicos

- Caracterizar o perfil demográfico das mulheres submetidas a realização do exame papanicolaou;
- Identificar conhecimentos acerca do exame;
- Conhecer a visão das mulheres quanto à prática do exame.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Câncer do Colo do Útero

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (INCA, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), câncer configura-se como um grande problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Entre os brasileiros, ocupa o segundo lugar na mortalidade por causas definidas.

Para Ramos (2009), o câncer de colo uterino é uma das doenças que mais vem acometendo as mulheres nos últimos cinquenta anos. Essa patologia é precedida por uma série de modificações no epitélio original, que constituem as lesões pré-malignas. Definem-se como alterações celulares que tem uma progressão gradativa, sendo, porém, uma doença curável, quando descoberta no início.

O câncer de colo do útero é, em termos gerais, uma lesão que progride lentamente, além de ser precedida por quadros intra-epiteliais que recebem denominações variáveis, tais como lesão epidermoide ou escamosa intra-epitelial, displasia e neoplasia intra-epitelial (NIC) (RICHARD, 1967). (Tradução nossa).

Para o Ministério da Saúde (2002), a Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) não é câncer e sim uma lesão precursora, que dependendo de sua gravidade, poderá ou não evoluir para câncer. NIC I é a alteração celular que acomete as camadas mais basais do epitélio estratificado do colo do útero (displasia leve). Cerca de 80% das mulheres com esse tipo de lesão apresentarão regressão espontânea. NIC II é a existência de desarranjo celular em até três quartos da espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais (displasia moderada). NIC III é a observação do desarranjo em todas as camadas do epitélio (displasia acentuada e carcinoma *in situ*), sem invasão do tecido conjuntivo subjacente. As lesões precursoras de alto grau (NIC II e III) são encontradas com maior frequência na faixa etária de 35 a 49 anos, especialmente entre as mulheres que nunca realizaram o exame citopatológico (Papanicolaou).

No resultado compatível com NIC I, recomenda-se a repetição do exame citopatológico após 6 meses. Nos resultados compatíveis com NIC II ou NIC III recomenda-se o encaminhamento imediato para a colposcopia, para confirmação histopatológica de que não há invasão do tecido conjuntivo (BRASIL, 2002).

Para o Instituto Nacional do Câncer (2011), o câncer do colo do útero, também chamado de cervical, demora muitos anos para se desenvolver. As alterações das células que podem desencadear o câncer são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolaou), por isso é importante a sua realização periódica. A principal alteração que pode levar a esse tipo de câncer é a infecção pelo papilomavírus humano, o HPV, com alguns subtipos de alto risco e relacionados a tumores malignos.

De acordo com Furniss (2000), 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. Isso é possível acontecer porque a patologia tem uma fase pré-clínica longa, e o exame para detecção precoce, o Papanicolaou, é eficiente, de baixo custo e fácil realização. Na fase inicial essa patologia raramente produz sintomas. Secreção, sangramento após relação sexual ou sangramento irregular ocorrem na fase mais avançada da doença.

3.1.1. Epidemiologia

O câncer de colo do útero é a segunda neoplasia mais freqüentes nas mulheres, em todo o mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que mais de um milhão de mulheres padeçam dessa enfermidade atualmente no mundo, apontando que a maioria delas não está diagnosticada ou carecem de acessos ou tratamentos que poderiam curar ou prolongar suas vidas (WHO, 2007).

No Brasil, o câncer de mama representa a principal neoplasia maligna em mulheres. Estima-se que 49.400 novos casos foram detectados no ano de 2008. Já o segundo lugar é ocupado pelo câncer de colo de útero, que se evidencia a partir dos 20 anos de idade e apresenta seu maior risco entre 25 e 49 anos, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres ao ano (INCA, 2008).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2009), Câncer de colo do útero é o mais incidente em mulheres da Região Norte (23/100.000), é o segundo mais

incidente nas Regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000) e ocupa a terceira posição nas Regiões Sul (21/100.000) e Sudeste (16/100.000), sem considerar os 3 tumores de pele não melanoma.

Em Parauapebas a situação não é diferente, em 2009 o município registrou um óbito, em 2010 três, no ano de 2011 quatro e em 2012 oito óbitos por neoplasia maligna de colo do útero (PARAUAPEBAS-PA, 2013).

Ainda segundo o autor, foram diagnosticadas 29 mulheres com câncer de colo do útero no ano de 2012 por meio do exame preventivo (PCCU) e existe hoje em tratamento fora do domicílio em oncologia 29 pacientes.

Segundo Roveratti (2009), na verdade todos os anos, mulheres de todas as idades sofrem de problemas ginecológicos que causam, desde cedo pequenos problemas de saúde até a morte. Isso pode ser evitado ou minimizado através de cuidados simples e prevenção. É preciso ter sempre em dias os exames preventivos.

3.1.2. Fatores de risco

Segundo Nadal e Nadal (2008) e o INCA (2009), dentre os fatores para o risco de câncer do colo do útero, pode-se citar o Papilomavírus humano (HPV), o tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, multiparidade, baixa ingestão de vitaminas, iniciação sexual precoce e coinfeção por agentes infecciosos como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Chlamydia trachomatis contribuem também. O HPV é, portanto, condição necessária para o desenvolvimento da lesão intraepitelial de alto grau e do câncer invasivo do colo do útero.

Kartz e Hofer (1994), concordam que o baixo nível sócio-econômico é um fator de risco também para o câncer do colo do útero. Nos Estados Unidos e Canadá, mulheres com baixo nível sócio-econômico têm menos conhecimento do benefício da realização do Papanicolaou e da sua participação em programa de rastreamento. (Tradução nossa).

Para o Instituto Nacional de Câncer (2008), o HPV tem papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas, estando presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero. Sendo assim, uma forma de prevenção primária do câncer do colo do útero

é o uso de preservativos durante a relação sexual. A prática do sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio pelo HPV.

Existem mais de 100 sorotipos de HPV e 40 sorotipos infectam o aparelho anogenital. São classificados em oncogênicos os tipos HPV 16,18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 68. Os não oncogênicos são HPV 6, 11, 42, 43 e 44. A infecção por HPV é uma doença sexualmente transmissível mais comum em todo o mundo; na maioria dos casos é uma infecção transitória e auto-limitada. Ao tornar-se sustentada ou persistente, induz ao aparecimento de uma lesão precursora do colo do útero, que pode progredir para lesão invasiva (FRANCO, FRANCO-DUARTE; FERENZY, 2001). (Tradução nossa).

Segundo o mesmo autor, a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) classifica a infecção pelo HPV 16 e 18 como carcinógeno humano. O risco relativo entre infecção por HPV e câncer do colo de útero é de alta magnitude, varia de 20 a 70, maior que o clássico entre tabagismo e câncer de pulmão e só comparável risco entre hepatite B crônica e Câncer de fígado. Amostra de neoplasias cervical, estudadas por reação de cadeia de polimerase (PCR), mostra o ácido desoxirribonucléico (DNA) do HPV presente em 99,7% dos casos, o que indica que a infecção do HPV é necessária para o desenvolvimento do câncer de colo do útero.

Para Bosch et al., (1992), o tabagismo é outro fator contribuinte para que a infecção do HPV persista. Identificou-se que componentes do fumo, como a nicotina, presente no muco cervical de mulheres fumantes reduzem o número de células langerhans no tecido cervical e provavelmente diminuem a imunidade local, com aumento do risco da instalação e persistência pelo HPV. O fumo é considerado um co-fator importante na Patogênese do câncer cérvico-uterino.

Secundariamente, os fatores reprodutivos como idade do início da atividade sexual, números de parceiros, uso de anticoncepcionais orais (ACO) e multiparidade há uma maior exposição da zona de transformação do colo uterino na exocérvice. Esta área de exposição é mais susceptível a infecção pelo HPV. O uso de ACO por longo período, acima de 5 anos, associado ao HPV é um co-fator que aumenta o risco de câncer cervical. Para uso de ACO, por período maior que 5 anos, o risco de desenvolver câncer cervical persiste, mesmo após interrupções por 5 a 14 anos. Na ausência de informação sobre o status do HPV, deve-se fazer

esforços para incluir as usuárias de ACO de longo período, acima de 5 anos, em programas de rastreamento (MORENO et al., 2002).

Outro fator de risco é a co-infecção entre o HIV e o HPV, que sempre deve ser avaliada, pela semelhança de transmissibilidade, incluindo múltiplos parceiros sexuais, idade jovem do primeiro coito e o não uso de preservativos. Estudos comprovam um aumento de incidência de NIC em mulheres portadoras de HIV. Em 1993, o centro de controle de doenças (CDC) declarou o câncer do colo do útero como doença definidora da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), em mulheres portadora de HIV (CLARKE; CHETTY et al., 2002).

Para eles, a infecção pelo HIV altera a história natural pela infecção pelo HPV, gerando um fenótipo mais agressivo e progressão mais rápida de lesões de alto grau para lesões invasivas. Estudo de Reação em Cadeia de Polimerase (PCR), para HPV mostraram uma taxa de incidência de 95% de infecção para HPV, em mulheres com HIV positivo, comparadas com a taxa de 22% em mulheres com HIV negativo. Além disso, em pacientes HIV as lesões precursoras são refratárias ao tratamento, recorrem freqüentemente, e, por esse motivo, precisam de tratamentos mais agressivos.

Estudos epidemiológicos sugerem que a infecção por *Chlamydia trachomatis* é um fator independente para o desenvolvimento do carcinoma cervical invasivo. A presença sanguínea de anticorpos IgG, contra *Chlamydia trachomatis* sorotipo G, e a exposição a mais um sorotipo ou anticorpos IgG contra mais de um sorotipo de *Chlamydia trachomatis* aumenta o risco para o desenvolvimento de carcinoma escamoso invasivo do colo do útero. Acredita-se que a infecção crônica causa inibição da apoptose celular e desencadeia a carcinogênese cervical (ANTTILA et al., 2001).

3.1.3. Diagnóstico

O Instituto Nacional do Câncer (2001), reconhece o teste citológico de Papanicolaou como muito efetivo no diagnóstico precoce e na prevenção do câncer invasivo do colo do útero. Porém, a incidência da doença mantém-se como uma das mais altas entre as neoplasias malignas que ocorrem em mulheres brasileiras.

O exame de Papanicolaou consiste no estudo das células descamadas esfoliadas da parte externa (ectocérvice) e interna (endocérvice) do colo do útero e é

atualmente o meio mais utilizado na rede de atenção básica à saúde por ser indolor, barato, eficaz e poder ser realizado em qualquer lugar por qualquer profissional treinado. Esse exame é oferecido gratuitamente pelos municípios e estado e Governo Federal através do Ministério da Saúde por meio do programa nacional de controle do câncer do colo do útero. Seu objetivo é reduzir a morbimortalidade para o referido câncer, suas repercussões físicas, psíquicas e sociais na mulher brasileira (BEZERRA et al., 2005).

Informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2003, divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2005, mostraram que, nos últimos três anos, a cobertura do exame citológico do colo do útero foi de 68,7% em mulheres acima de 24 anos de idade, sendo que 20,8% das mulheres nesta faixa etária nunca tinham sido submetidas ao exame preventivo.

Como ainda é alta a percentagem de mulheres que não têm como hábito a realização do exame preventivo, o diagnóstico muitas vezes ainda é feito em estágios mais avançados da doença. Esse diagnóstico tardio pode estar relacionado com a dificuldade de acesso da população feminina aos serviços e programas de saúde, a baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, a capacidade do Sistema Público de Saúde para absorver a demanda que chega às unidades de saúde e as dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial, orientado por critérios de hierarquização dos diferentes níveis de atenção, que permita o manejo e o encaminhamento adequado de casos suspeitos para investigação em outros níveis do sistema (IBGE, 2005).

3.1.4. Tratamento

As opções de tratamento oferecidas aos pacientes com câncer deverão ser baseadas nas metas realistas e atingíveis para cada tipo específico de câncer. A faixa para possíveis metas de tratamento podem incluir a erradicação completa da doença maligna (cura), sobrevida prolongada e contenção do crescimento da célula tumoral (controle), ou alívio dos sintomas associados à doença (paliativo) (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

O câncer do colo do útero é uma doença precoce assintomática e sua descoberta se faz por meio do exame citopatológico ou de colposcopia. Em sua

fase inicial, o câncer invasivo pode apresentar-se como um corrimento vaginal ou discreto sangramento, particularmente, após o coito. À medida que o tumor cresce a doença progridem outros possíveis sinais/sintomas podem ser observados, como: corrimento sanguinolento ou purulento, dor, alteração da frequência urinária, tenesmo ou sangramento retal, edema de membros inferiores e insuficiência renal aguda (SULTANEM; SOUHAMI, 1999; KOH; MOORE, 2006; COELHO et al., 2006).

Segundo Sultanem e Souhami (1999), os três principais tratamentos para o câncer do colo do útero são a radioterapia, a cirurgia e a quimioterapia.

De maneira geral em doenças precoce, o tratamento é cirúrgico. A radioterapia é a modalidade de tratamento-padrão para a maioria das pacientes portadoras de câncer de colo invasivo, tanto nos estágios iniciais como nos tumores localmente avançados, podendo ser adjuvante (complementar) à cirurgia ou concomitante a quimioterapia. O uso de quimioterapia, geralmente, é limitado às pacientes com doenças metastática ou com fatores de risco para recidivas sendo a cisplatina o principal agente de escolha (KOH; MOORE, 2006; COELHO et al., 2006; MALUF; MARQUES; ABDO, 2007).

A aplicação da radioterapia é realizada basicamente de duas formas: teleterapia (aplicação de radiação a partir de uma fonte externa ao corpo, visando a esterilização de doença subclínica em linfonodos pélvicos e paramétrios, assim como controle tumoral no colo) e braquiterapia intracavitária (fonte radioativa é colocada próxima, em contato ou dentro do órgão a ser tratado, visando a esterilização da doença central em colo e vagina). Na maioria dos casos, o tratamento definitivo com radioterapia, consiste na combinação destas duas modalidades (GOMES; JUSTINO, 2004; MALUF; MARQUES; ABDO, 2007).

De acordo com Fernandes (2009), tanto o diagnóstico do câncer do colo do útero como o tratamentos propostos tem diferentes repercussões na vida da mulher. Fatores físicos e psicológicos proporcionam impacto que comprometem o bem estar e a qualidade de vida.

Dentre os diferentes fatores que contribuem para o desenvolvimento de alterações na qualidade de vida encontra-se: os danos funcionais secundários às terapias oncológicas, como as cirurgias pélvicas que, freqüentemente, envolvem a remoção de partes da anatomia genital feminina, conduzindo a estenose vaginal e fibrose vascular; efeitos colaterais experimentados com a quimioterapia e que, em parte, são comuns à radioterapia, também, como náusea, vômito, diarréia,

constipação, mucosite, mudanças de peso (ganho ou perda), alterações hormonais; fatores psicológicos que incluem crenças errôneas sobre a origem do câncer, culpas relacionadas a estas crenças, depressão, mudança na auto imagem, baixo auto estima, tensões matrimoniais, medos e preocupações (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2007).

3.2 Exame Papanicolaou

É o principal exame preventivo ao câncer de colo uterino foi criado pelo Dr. George Papanicolaou em 1940. Deve ser realizado por todas as mulheres com vida sexualmente ativa, pelo menos uma vez ao ano (BRASIL, 1994; FIGUEIREDO, 2003).

O exame de Papanicolaou, também chamado de exame preventivo ou colpocitologia oncótica, tem papel de extrema importância para mudar os números de incidência e mortalidade dessa patologia. É de grande aceitabilidade tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde. Tal exame é realizado em nível ambulatorial e não provoca dor (FURNISS, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), pode ser realizado nos postos ou unidades de saúde que tenham profissionais capacitados para realizá-lo. Estima-se que uma redução de aproximadamente 80% da mortalidade por este câncer pode ser possível através do rastreamento com o exame preventivo e tratamento das lesões percursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma *in situ*.

A citologia oncótica é o exame realizado para detecção do câncer no colo do útero. É um método simples que indica as lesões neoplásicas ou pré-plásicas e alguns processos de outra natureza. Para a realização do exame, o profissional deve examinar os órgãos externos e internos. Entre os órgãos externos, temos a vulva que é constituída por um conjunto cutâneo mucoso que se estende do monte de Vênus até a região do períneo. Na vulva, identificamos: o clitóris, cuja origem embriológica é semelhante a do pênis; os pequenos lábios, os grandes lábios, constituídos por tecidos adiposos, elementos conjuntivos-elásticos, glândulas sudoríparas e sebáceas, sendo cobertos por pêlos. Entre os internos temos, os ovários, o útero e a vagina. O profissional deve contar com a colaboração da mulher para o exame clínico (BRASIL, 2000).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2000), no exame dinâmico, utilizar luvas de procedimento, colocar os dedos indicador e médio nas regiões que correspondem às glândulas de Bartholin e tracioná-las para fora e para baixo. Com isso, pode-se entreabrir a vulva, que ficará completamente exposta solicitando-se á paciente para aumentar a pressão intra-abdominal. O exame especular é realizado por meio do espéculo esterilizado com uma inclinação a 75º, pressionando a parede posterior da vagina, usando o dedo indicador e o médio para expor o intróito vaginal; observar coloração e pregueamento vaginal, além do aspecto do colo uterino, principalmente do muco vaginal, observar secreções, tumorações e roturas.

O Ministério da Saúde (2006), recomenda que toda mulher que tem ou já teve atividade sexual deve se submeter ao exame preventivo periódico, especialmente dos 25 aos 59 anos de idade. Inicialmente, o exame deve ser feito a cada ano. Se dois exames anuais seguidos apresentarem resultado negativo para displasia ou neoplasia, o exame pode passar a ser feito a cada três anos.

De acordo com o exame, as recomendações são que as mulheres, não devem estar menstruadas, se possível, coletar no 5º dia após o término da menstruação, não deve ter realizado ultrassonografia intravaginal por dois dias antes do exame e um pequeno sangramento de origem não menstrual não impede a coleta do exame. A coleta em virgens, as quais nunca tiveram relação sexual, deve ser realizada de preferência pelo médico (se for de extrema necessidade), a coleta de mulheres grávidas deve ser realizada somente a ectocervical e da parede vaginal, e em mulheres histerectomizadas deve-se verificar se o colo uterino está íntegro e realizar a coleta normalmente, se não estiver, realizar a coleta da parede vaginal (BRASIL, 2002).

Para a coleta do material no ectocérvix, utiliza-se a espátula de madeira tipo ayre, do lado que apresenta reentrância. Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360º, em torno de todo o orifício, procurando exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra. Estenda o material ectocervical na lâmina, dispondo-o no sentido horizontal, ocupando 2/3 da parte transparente da lâmina, em movimentos de ida e volta, esfregando a espátula com suave pressão, garantindo uma amostra uniforme (SÃO PAULO, 2004).

Ainda segundo o autor, para coleta endocervical, deve-se recolher o material, introduzindo a escova delicadamente no canal cervical, girando a 360°. Deve-se efetuar a limpeza com ácido acético a 5% na presença de secreções e realizar o teste de Schiller (Iugol) para evidenciar lesões e ectopias. A fixação do material na lâmina deve ser realizada por meio de álcool 95% ou propinilglicol (mantendo uma distância de 20 cm no momento de borrifar). O profissional deve seguir alguns cuidados na retirada do espelho, retirando-o delicadamente; inspecionar a vulva e períneo, retirar as luvas e auxiliar a paciente a descer da mesa.

Segundo Clarke e Chetty (2002), o exame preventivo de Papanicolaou é uma tecnologia simples, eficaz de baixo custo para prevenção do câncer cérvico-uterino e de suas lesões precursoras. (Tradução nossa).

3.3 Programas de prevenção

3.3.1. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

No Brasil, no campo da saúde, as políticas públicas, instituídas nas primeiras décadas do século XX, foram limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando uma ruptura conceitual com os princípios da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2001).

O PAISM incorporou as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. Também agregou a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além do atendimento a outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2001).

Para Osis (1998), o conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista como um todo, o PAISM rompeu com a lógica

que, desde há muito tempo, norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério.

Dentre as ações do PAISM, está à prevenção do câncer de colo uterino através do exame de Papanicolaou, como uma das ações básicas na assistência à saúde da mulher (INCA, 2007).

De acordo com Costa (1999), a saúde da mulher compreende todo o conjunto de patologias e situações que envolvam o controle do risco à saúde e ao bem estar da população feminina. No que se refere à saúde da mulher na fase reprodutiva, incluem-se: planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, aleitamento materno, intercorrências obstétricas, vigilância epidemiológica de morte materna e sexualidade.

Já no aspecto ginecológico, incluem-se: planejamento familiar, prevenção das ginecomastias, controle e prevenção do câncer do colo uterino e mamas, tratamento de infertilidade, sexualidade, climatério e menopausa. E quanto ao aspecto social: violência contra a mulher, discriminação e vulnerabilidade e desemprego.

3.3.2 Programa Nacional de controle do Câncer do colo do útero e de Mama - Viva Mulher

Segundo Pimentel (2010), o governo brasileiro participou da VI conferência mundial sobre a mulher, na China, em 1995, e assumiu um compromisso de desenvolver um programa de âmbito nacional de controle do câncer do colo do útero no país. Sendo assim, o INCA reconheceu a necessidade de propor um programa de âmbito nacional, visando o controle dessa doença no Brasil e elaborou um estudo piloto que, mais tarde subsidiaria o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCCU). A este estudo piloto deu-se o nome de Programa Viva Mulher, implantado no ano de 1997, em apenas seis localidades brasileiras (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e em todo o estado do Sergipe).

Esse programa teve como população-alvo, mulheres pertencentes a faixa etária de 35 a 49 anos. Em 1998, as ações do “Viva Mulher” foram estendidas a

todos os municípios brasileiros por meio de uma campanha nacional. Desde a implantação do Programa Viva Mulher tem-se observado crescente ampliação das ofertas de exame citopatológicos no país. Antes de 1998 o número de exames realizados não ultrapassava sete milhões por ano. No período de 2003 a 2004 foram realizados, de rotina, em média, 10,4 milhões de exames por ano (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), o Viva Mulher foi criado com o objetivo de 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.

As diretrizes e estratégias traçadas para o Programa contemplam a formação de uma rede integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial, sediado no município, que permitirá ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde. Além disso, a capacitação de recursos humanos e a motivação da mulher para cuidar da sua saúde fortalecerão e aumentarão a eficiência da rede formada para o controle do câncer (BRASIL, 2002).

Para o Instituto Nacional do Câncer (2011), em relação ao Câncer de Colo do útero, para impedir o avanço da doença no Brasil, o Programa Viva Mulher 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) e tratamento necessário de acordo com cada caso.

3.4. Papel do enfermeiro na prevenção do câncer

Segundo o Ministério da Saúde (2006), para gerar impacto sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle ao CCU, é importante que a atenção às mulheres esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro.

Dentre esses profissionais está o enfermeiro, que deve ter conhecimento de que o câncer de colo uterino constitui um problema grave de saúde que atinge as mulheres em todo o mundo (OHANA et al., 2010).

Segundo Stanton, Paul e Reeves (1993), para realização da consulta de enfermagem à mulher, utiliza-se o processo de enfermagem, o qual constitui a essência da prática profissional, o instrumento e a metodologia da profissão de enfermeira, auxiliando-a a tomar decisões, prever e avaliar consequências.

De acordo com Smeltzer e Bare (2002a), a enfermagem deve orientar sobre a realização da prevenção primária, ou seja, o uso de preservativo masculino ou feminino como forma de prevenção de DSTs e HPV, sendo que ele promove o surgimento de lesões precursoras do câncer de colo do útero, orientar quanto a realização do exame Papanicolaou, como fundamental forma de prevenção do câncer de colo do útero.

Ainda segundo as autoras citadas, assim, seria necessário para o desenvolvimento e estabelecimento dessas práticas educativas o fornecimento de informações sobre agendamentos de exames regulares para promover a saúde, detectar problemas de saúde em estágio inicial, avaliar os problemas relacionados à função ginecológica e reprodutiva, bem como discutir questões ou preocupações ligadas à função sexual e sexualidade. Também seria necessário proporcionar um ambiente aberto, crucial para que a paciente se sinta confortável para discutir assuntos pessoais. A enfermeira deve transmitir compreensão e sensibilidade quando debate essas questões.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, considerado como estratégia para implementação do SUS, com o propósito de substituir o modelo tradicional na atenção básica. Pretende estabelecer vínculos e criar laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Para isso, o PSF propõe que seja realizada de maneira inter e multidisciplinar o acompanhamento da saúde da população, atribuindo à Unidade Básica de Saúde (UBS) a responsabilidade integral sobre o monitoramento da população que reside na sua área de abrangência (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007).

As diversas formas de participação da população nos serviços de saúde passam assim, a demandar dos profissionais, estratégias de envolvimento do cidadão em torno dos problemas de saúde, seus, de sua família e da comunidade onde vive.

Em estudo realizado, a educação em saúde foi identificada pelos enfermeiros como um importante elemento do trabalho da enfermagem em atenção

básica, e também como uma prática capaz de favorecer a implementação dos princípios do SUS, principalmente a participação da população, quando realizada em grupos organizados da comunidade (SILVA, 1994).

No programa de saúde da família, este núcleo é entendido como uma unidade de cuidado e de perspectiva no processo de trabalho (ANGELO; BOUSSO, 2001). Para o enfermeiro assistir à família, é necessário conhecer o funcionamento, os fatores que influenciam as suas experiências na saúde e na doença e o sentido de assistir família. Entender a Saúde da Família como estratégia de mudança significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todos os grupos envolvidos no processo de produção social da saúde, respeitando suas culturas.

Ainda segundo o autor citado, o papel do enfermeiro em saúde da família, implica em relacionar todos os fatores sociais, econômicos, culturais, etc., apresentados e não apenas em lidar com as situações de saúde e doença da família, mas interagir com situações que apoiem integridade familiar.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa.

Para Cervo et al., (2002), o estudo de natureza descritiva visa a busca do conhecimento de inúmeras situações e relações que ocorrem na vida sociopolítica-econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto no indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades, descrevendo suas características, propriedades ou relações existentes.

O estudo quantitativo deve ser utilizado nas situações que exigem um estudo exploratório para um conhecimento mais profundo do problema ou objeto de pesquisa, quando se necessita um diagnóstico inicial da situação (GAUTHIER *et al* 1998).

4.2 Local e período do estudo

A pesquisa foi realizada em um Centro de Saúde localizado no bairro Cidade Nova, na cidade de Parauapebas-PA, no período de Dezembro de 2012 à Janeiro de 2013.

Parauapebas é dona de diversos potenciais econômicos, como as jazidas minerais de Carajás, florestas, rios, serra, solo fértil e clima agradável, Parauapebas é um dos municípios com maiores horizontes na região amazônica. A cidade tem aeroporto para aeronaves de grande porte, ferrovia ligando o município com o Porto de Itaqui, no Maranhão, e boas rodovias em várias direções, tornando-a totalmente integrada ao Brasil inteiro e ao exterior. No entanto, o município de Parauapebas está localizado a sudeste do estado do Pará, aproximadamente 700 quilômetros da Capital (Belém), limita-se com o município de Marabá, município de Curionópolis, município de Canaã dos Carajás e com o município de Água Azul do Norte. (PARAUAPEBAS-Pa, 2013).

O Centro de Saúde Cidade Nova, fica situado na Rua A, s nº, Quadra especial, Lote 07, Bairro cidade nova.

O número total de funcionários são sessenta e um, sendo uma gerente de unidade (enfermeira), cinco enfermeiros (quatro enfermeiros nas equipes e um no PACS), vinte e sete técnicos de enfermagem, nove auxiliar administrativo, dois auxiliares de serviço geral, quatro vigias, uma digitadora, doze agentes comunitários de saúde.

A situação atual do Centro de saúde Cidade Nova divide-se o mesmo espaço físico com o centro de especialidades de Parauapebas, oferece consultas especializadas (Buco-maxilo, Cardiologia, Cirurgia geral, Endocrinologia, Gastroenterologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia, Psiquiatria, Pneumologia, Reumatologista) e Eletrocardiograma por meio de encaminhamento das unidades de saúde e previamente agendadas.

Os serviços ofertados à população são os seguintes: Clínico geral, Dermatologia, Ginecologia e obstetrícia, Fonoaudiologia, Odontologia, Pediatria, Nutricionista, Enfermagem, Sala de vacina, Sala de curativo, curativo domiciliar, teste do pezinho, Preventivo de câncer cérvico uterino, preventivo do câncer de mama, atendimento Antirrábico e Leishmaniose, Farmácia, verificação de pressão arterial, pesagem, controle do crescimento e desenvolvimento da criança, pré-natal, imunização, planejamento familiar, PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde), Central de marcação de consultas, serviço social, Programa de Atenção Integral à saúde do Adolescente, Programa de Atenção à saúde da criança, programa de Atenção à saúde da Mulher, Programa de Atenção à Saúde do homem, Programa de Atenção à saúde do hipertenso e diabético, programa DST/AIDS, Programa de combate a Dengue, Programa de combate a tuberculose, programa de combate a Hanseníase.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Fizeram parte deste estudo mulheres que têm atividade sexual ativa e que eram atendidas no Centro de Saúde para a realização do exame Papanicolaou durante a consulta de Enfermagem.

A amostra foi composta por 34 mulheres que aceitaram em participar do estudo sendo estas atendidas pelos enfermeiros que atuavam na estratégia Saúde da Família.

4.4 Técnicas e instrumentos da pesquisa

Foram utilizados dois questionários para a coleta de dados, sendo o primeiro referente aos dados demográficos, conhecimento e prática das mulheres a cerca do exame, (APÊNDICE B) aplicado antes da coleta do exame. O segundo era relativo à visão das mulheres em relação ao exame realizado (APÊNDICE C), sendo este aplicado após a coleta do exame.

4.5 Coleta de dados

Primeiramente, as mulheres selecionadas que aceitaram participar do estudo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e em seguida foi aplicado um questionário antes da realização do exame.

Em seguida, para compreensão e visão das mulheres a cerca do exame era aplicado um novo questionário após a realização do exame.

4.6 Análise de dados

Os dados quantitativos foram organizados e tabulados no Programa Excel 2000 e os resultados expostos em forma de tabelas e gráficos.

Um conjunto de técnica de análise das comunicações visando obter, por procedimentos temáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores [Quantitativos ou não] que permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições produção/ recepção [variáveis inferidas] destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42). (grifo do autor).

4.7 Aspectos éticos

Antes da entrada no campo, solicitou-se um ofício na coordenação do curso de Especialização. Após esse momento, foi solicitada a permissão para a realização da pesquisa e exploração do local de estudo. Em seguida, conversou-se com a diretora do Centro de Saúde para que permitisse o estudo.

Para respeitar os princípios éticos e legais da Resolução nº196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde, as mulheres foram esclarecidas

quanto aos objetivos do estudo e as que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados quantitativos permitiram caracterizar as 34 mulheres estudadas quanto ao perfil demográfico, características ginecológicas, conhecimento sobre o exame Papanicolaou e visão das mulheres sobre a realização do exame.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das 34 mulheres, segundo dados Demográficos. Parauapebas-PA, 2013.

VARIÁVEL	N	%
Idade		
< 25 anos	7	21
41 a 59 anos	14	41
25 a 40 anos	10	29
> 60 anos	3	9
TOTAL	34	100
Raça		
Branca	5	15
Não-Branca	29	85
TOTAL	34	100
Grau de escolaridade		
Analfabeta	1	3
Ensino fundamental completo	4	12
Ensino fundamental incompleto	13	38
Ensino médio completo	13	38
Ensino médio incompleto	1	3
Nível superior completo	1	3
Ignorado	1	3
TOTAL	34	100
Ocupação:		
Do lar	15	44
Secretária do lar	1	3
Estudante	3	9
Desempregada	6	18
Comerciária	2	6
Outras	7	20
TOTAL	34	100
Renda Familiar		
sem renda	6	18
< que 1 salário mínimo	7	20
1 a 2 salários mínimo	18	53
3 a 5 salários mínimo	2	6
Ignorado	1	3
TOTAL	34	100

Estado civil		
Solteira	7	21
Casada	11	32
Divorciada	1	3
União Estável	12	35
Outros	3	9
TOTAL	34	100

De acordo com a tabela 1, 41% dessas mulheres estavam entre 41 a 59 anos, 85% não eram brancas, 38% possuíam o ensino fundamental incompleto e médio completo respectivamente, 44% eram do lar, 53% recebiam entre um a dois salários mínimos e 32% eram casadas.

A realização do exame de Papanicolau depende da educação e de um conjunto de características individuais das mulheres, tais como: a idade, o estado civil, a escolaridade, a renda mensal, o número de gestações, o uso de métodos contraceptivos, a auto-percepção da severidade e susceptibilidade a doença (PINHO; FRANCA-JUNIOR, 2003).

Na pesquisa realizada por Amorim et al., (2006), o grau de instrução das mulheres entrevistadas não interferiu na realização do exame preventivo do câncer do colo do útero em Porto Velho, Estado de Rondônia. Dados da literatura relatam que a realização do exame está positivamente relacionada ao maior nível de instrução.

Relatos da literatura indicam que, quanto menor é o nível socioeconômico da população, maior a diminuição na cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero, isto é, há aumento significativo na prevalência de mulheres que não realizam o rastreamento (BRENNAN et al., 2001; CESAR et al., 2003)

Além disso, a baixa escolaridade se relaciona diretamente com atividades profissionais menos qualificadas. Estas constatações demonstram a necessidade de ação dos serviços públicos de saúde no sentido de intervir com mais efetividade nos segmentos da população mais vulneráveis ao desenvolvimento do câncer do colo uterino, visando assegurar a cobertura dessa população pelo exame preventivo (AMORIM et al., 2006).

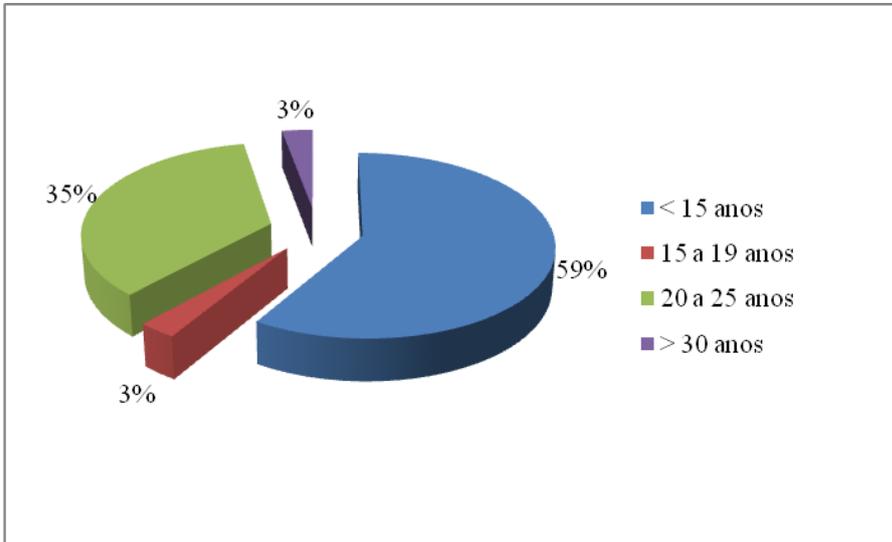
No Brasil, embora o Ministério da Saúde preconize desde 1998 a realização do exame para detecção precoce do câncer do colo uterino em todas as mulheres que já tiveram relações sexuais, com especial atenção àquelas com idade

entre 25 e 59 anos de idade, considera-se importante que os serviços de saúde ofereçam o acesso ao Papanicolaou à população adolescente (apud CIRINO et al., 2010).

De acordo com a literatura, esses exames citopatológicos não atingem as mulheres da faixa etária de maior risco. As mulheres que se submetem ao exame de preventivo são predominantemente casadas com faixa etária de idade de 18 e 35 anos (DAVIM et al., 2005). Embora seu pico de incidência situa-se entre mulheres de 40 a 60 anos de idade, e apenas uma pequena porcentagem, naquelas com menos de 30 anos (BRASIL, 2006).

Mulheres solteiras sem parceiros fixos constituírem um fator de risco de aumento na predisposição para o desenvolvimento dessa patologia, pela multiplicidade de parceiros sexuais, existe uma relação muito íntima entre baixo nível econômico e renda familiar, fazendo com que as mulheres enquadradas nesta relação sejam mais susceptíveis ao acometimento do câncer de colo de útero (DAVIM et al., 2005).

Gráfico 1 – Distribuição percentual das 34 mulheres segundo idade da coitarca. Parauapebas-PA, 2013.



Conforme o gráfico 1, 59% iniciaram a coitarca com menos de 15 anos e 35% entre 20 a 25 anos.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das 34 mulheres segundo conhecimento acerca do exame papanicolaou. Parauapebas-PA, 2013..

VARIÁVEL	N	%
Sabe o que é o exame papanicolaou (Preventivo)		
Sim	31	91
Não	3	9
TOTAL	34	100
Para que serve o exame preventivo		
Detectar Lesões precursoras do câncer de colo uterino	15	44
Exame que previne doenças no útero	17	50
Exame que permite visualizar bem a vagina da mulher	1	3
Não sabe para que serve o exame	1	3
TOTAL	34	100

A tabela 2, dessas mulheres, 91% sabem o que é o exame papanicolaou e 50% afirmam que o exame previne doença do útero.

Vários estudos apontam a realização do exame preventivo como de grande importância no diagnóstico das lesões e como forma de controle do câncer de colo uterino (LIMA et al., 2006).

Em um estudo realizado com gestantes em uma comunidade carente do município de São Paulo evidenciou-se que muitas mulheres acreditam conhecer o exame de Papanicolaou. Mas este estudo mostrou que esse conhecimento não é suficiente para influenciar as mudanças nas práticas de saúde (FERNANDES; NARCHI, 2002).

Outro estudo, realizado com mulheres com câncer de colo uterino em um hospital no município de São Paulo, mostrou que a deficiência do conhecimento sobre o exame de Papanicolaou é frequente em mulheres mais velhas provavelmente por que a história das ações preventivas no Brasil é recente (BRENA et al., 2001).

Quando questionadas sobre a importância da realização do exame preventivo (tabela 2), metade (50%) das mulheres entrevistadas referiu que esse exame serve para proteger a mulher contra o câncer do colo uterino. Percebe-se então que elas ainda não sabem o significado real do exame preventivo enquanto prática de prevenção em saúde, para a detecção precoce de lesões precursoras do câncer de colo uterino.

Em estudo comparativo entre mulheres brasileiras e japonesas, Chubaci, Merighi e Yasumori (2005), verificaram que o conhecimento sobre a finalidade do exame Papanicolaou influencia as mulheres a se submeterem ao mesmo, resultando

em uma maior e mais consciente procura, enquanto que a desinformação sobre a doença e o exame prejudica a mulher na procura dos cuidados preventivos.

A desinformação pode gerar despreocupação e conseqüente desinteresse pela prevenção, não só do câncer de colo uterino, como também de outras doenças ginecológicas. Os resultados do estudo mostraram, ainda, que as mulheres submetem-se ao exame preventivo quando têm facilidade de acesso ao programa de prevenção de doenças ginecológicas, e também quando possuem algum suporte de convênio médico (CHUBACI; MERIGHI; YASUMORI, 2005).

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das 34 mulheres segundo a realização prévia do exame papanicolau. Parauapebas-PA, 2013.

VARIÁVEL	N	%
Fez o exame preventivo		
Sim	32	94
Não	2	6
TOTAL	34	100
Caso sim, com que intervalo de tempo		
0 a 6 meses	3	9
7 a 12 meses	8	23
13 a 24 meses	17	50
37 ou mais meses	4	12
Ignorado	2	6
TOTAL	34	100
Número de preventivos realizados		
Um	8	23
Dois a três	8	23
Quatro a nove	9	27
Dez ou mais	7	21
Nenhum	2	6
TOTAL	34	100

Segundo a tabela 3, 94% das mulheres fizeram o exame preventivo, 50% no intervalo de 13 a 24 meses, assim como 27% realizaram entre quatro a nove preventivos.

Com relação à realização do exame preventivo, 94% das mulheres (tabela 3) referiram já ter realizado o exame em outro momento, sendo que apenas 6% estavam realizando o exame pela primeira vez. Isso sugere que a maioria das mulheres está procurando cada vez mais os serviços de saúde.

O aumento da proporção de mulheres que se submetem ao exame nos últimos anos poderia ser justificado pela possibilidade de um aumento real da cobertura devido à maior divulgação da importância do exame Papanicolaou (PINOTTI; CARVALHO; NISIDA, 1994).

Segundo Freitas, Arantes e Barros (1998), para que uma alta porcentagem da população seja rastreada e desta forma realmente beneficiada pelo programa de prevenção ao câncer cérvico-uterino é fundamental que os serviços de saúde estejam equipados e organizados para realizar o exame com regularidade e que as mulheres, por sua vez, manifestem o comportamento preventivo em saúde, buscando estes serviços.

O exame de Papanicolaou e o tratamento do carcinoma *in situ* e de lesões de alto potencial de malignidade podem ser responsáveis pela redução de cerca de 80% da mortalidade por câncer de colo de útero. O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizam que pelo menos 85% das mulheres realizem esse exame (OLIVEIRA, et al., 2006).

Na pesquisa realizada por Souza et al., (2010), quanto a periodicidade que este exame deve ser realizado 32,1% das participantes descrevem ser de seis em 6 meses, 57,2% descreveram ser de um em 1 ano, 3,6% participante diz ser de cinco em 5 anos e 7,1% não responderam. As participantes demonstram estar cientes da importância do exame em suas vidas, uma vez que 85,6% das mulheres no total realizaram o exame pela última vez a 1 ano ou a menos de 1 ano.

Estes resultados revelam que a maioria (23%) das entrevistadas realizam o exame de Papanicolau em um intervalo preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, anualmente (DAVIM et al., 2005).

Estudos quantitativos têm mostrado que, nas mulheres entre 35 e 64 anos, depois de um exame citopatológico do colo do útero negativo, um exame subsequente pode ser realizado a cada três anos, com a mesma eficácia da realização anual. Conforme apresentado na tabela a seguir, a expectativa de redução percentual no risco cumulativo de desenvolver câncer, após um resultado negativo, é praticamente a mesma, quando o exame é realizado anualmente (redução de 93% do risco) ou quando ele é realizado a cada 3 anos (redução de 91% do risco) (INCA, 2012; BRASIL, 2006).

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual das 34 mulheres segundo a precaução na realização do exame papanicolau. Parauapebas-PA, 2013.

VARIÁVEL	N	%
Caso não, por que nunca fez esse exame		
Vergonha	1	3
Ignorado	1	3
TOTAL	2	6
Algum cuidado antes da realização do exame preventivo		
Sim	32	94
Não	2	6
TOTAL	34	100
Caso sim, qual		
3 dias sem relação sexual	5	15
Não usar creme vaginal	2	6
Não estar menstruada	15	44
Não fazer uso de duchas vaginal antes do exame	10	29
TOTAL	32	94

A tabela 4, mostra que os dois casos de não ter realizado o exame, foram a vergonha e foi ignorado, 94% tiveram cuidado antes da realização do exame preventivo, sendo que 44% não estavam menstruadas.

De acordo com Peloso, Carvalho e Higarashi (2004), o sentimento de vergonha está relacionado com a impessoalidade da realização do exame, juntamente com a exposição do corpo, com a questão da sexualidade e dos tabus relacionados a este tema e com o fato de a mulher perceber que seu corpo será visto e compreendido como objeto, deixando de lado sua condição humana.

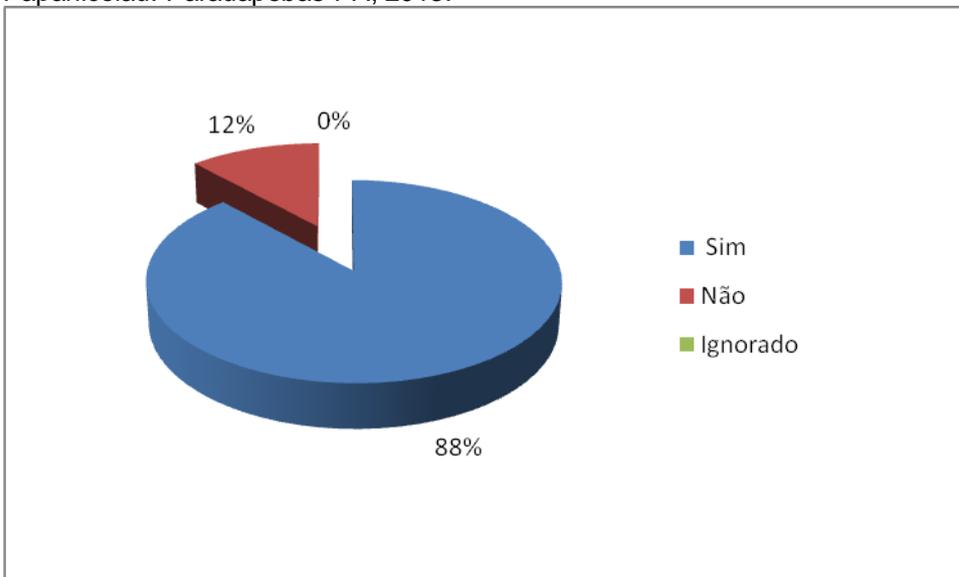
Segundo alguns autores, o medo e a vergonha são elementos desfavoráveis a realização do exame, devido às falsas crenças perante a doença, a dor do exame ginecológico e ao recebimento de um resultado positivo. Também, há o temor do julgamento das pessoas ao seu redor, o que pode decorrer da ideia de que as mulheres são procuram consulta ginecológica quando acometidas por doenças sexualmente transmitidas (DSTs) (CHUBACI; MERIGHI; YASUMORI, 2005).

Quanto aos cuidados necessários antes da realização do exame preventivo, a tabela 4 mostra que 94% das mulheres acreditam que existem alguns cuidados, onde a maioria delas citaram como cuidados não ter relações sexuais próximo do exame (três dias antes), não usar creme vaginal, não estar menstruada

e evitar fazer uso de ducha vaginal, sendo que apenas 6% acreditam que não. O que nos leva a sugerir que elas possuem algum conhecimento sobre isso.

Em estudo realizado em Natal-RN, a maioria das mulheres também acreditava que havia a necessidade de alguns cuidados antes da realização do exame preventivo, sendo que 42% delas citaram como cuidados a necessidade de não ter relações sexuais na véspera, 33% de não utilizar pomada e apenas 17% de não estar menstruada, mostrando a necessidade de intervenção educativa direcionada para os cuidados prévios à coleta para que os mesmos não interfiram no resultado do exame (DAVIM et al., 2005).

Gráfico 2 - Distribuição percentual das 34 mulheres segundo diagnóstico de HPV no exame de Papanicolau. Parauapebas-PA, 2013.



Conforme o gráfico 2, a respeito dos resultados encontrados nos exames preventivos, 12% das mulheres referiram já ter tido o diagnóstico de HPV. Apesar da grande maioria (88%) nunca ter tido diagnóstico de HPV como resultado, percebeu-se que a incidência de HPV ainda se mostra elevada.

Anualmente, cerca de 5-15% das mulheres previamente sem o vírus HPV são infectadas com qualquer tipo de HPV de alto risco (IARC, 2005). E aproximadamente 25% da incidência da infecção se concentra na faixa etária dos 15-19 anos (SELLORS et al., 2003; HO et. al, 1998).

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual da população em estudo, segundo explicação sobre o exame. Parauapebas-PA, 2013.

VARIÁVEL	N	%
Esclarecimento quanto a realização do exame		
Sim	34	100
Não	0	0
TOTAL	34	100
Oportunidades de esclarecer dúvidas		
Sim	30	88
Não	4	12
TOTAL	34	100

Segundo a tabela 5, 100% das mulheres foram esclarecidas quanto a realização do exame e 88% tiveram a oportunidade das dúvidas serem esclarecidas.

Percebeu-se que o profissional mostrou interesse em se comunicar com as mulheres, explicando como seria realizado o exame e sempre mantinham a privacidade durante os atendimentos. Entretanto, em algumas consultas isso não acontecia, talvez pelo fato delas estarem em certos momentos com pressa.

Conforme Greenwood et al., (2006), quando a mulher sai do serviço de saúde bem orientada, ela não somente não retornará para receber seu resultado, como se transformará em um agente multiplicador em sua comunidade.

No que concerne em relação ao posicionamento do profissional durante a realização do exame Papanicolaou, a tabela 5 mostra que quase a totalidade (88%) demonstraram confiança. Além disso, 88% das mulheres informaram que tinham oportunidade de esclarecer dúvidas. O que novamente permite supor que havia um vínculo já estabelecido.

Para Gerk (2002), a experiência na assistência à mulher tem mostrado que muitas vezes o real motivo da consulta é revelado no decorrer desta, na medida em que a mulher adquire confiança na enfermeira.

A enfermeira, para contribuir de forma efetiva na melhoria da qualidade de vida da mulher, necessita, antes de tudo, compreendê-la como um ser integral, auxiliando-a no desenvolvimento do exercício da cidadania, o que pode ser iniciado durante a consulta de enfermagem, dependendo de como esta for direcionada (BARROS, 2002).

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual das 34 mulheres segundo a visão da realização do exame. Parauapebas-PA, 2013.

VARIÁVEL	N	%
O exame doeu?		
Sim	1	3
Não	29	85
Senti incomodo	4	12
TOTAL	34	100
Sentiu medo		
Sim	10	29
Não	24	71
TOTAL	34	100
Ficou envergonhada		
Sim	18	53
Não	16	47
TOTAL	34	100
Ambiente da realização da coleta do exame preventivo era tranquilo		
Calmo	33	97
Agitado	1	3
TOTAL	34	100
Na realização do exame sua privacidade foi preservada?		
Sim	34	100
Não	0	0
TOTAL	34	100
Sofreu algum constrangimento durante a realização do exame		
Sim	1	3
Não	33	97
TOTAL	34	100

De acordo com a tabela 6, 85% dessas mulheres afirmaram que o exame não doeu, 71% não sentiram medo, 53% ficaram envergonhadas, 97% acharam o ambiente calmo para a realização da coleta do exame preventivo, 100% tiveram privacidade na referida realização do exame e 97% não sofreram constrangimento durante a realização do mesmo.

Segundo Barros (2002), para a realização da consulta de enfermagem, é necessária a manutenção de um ambiente tranquilo, seguro e íntimo (exclusivo), no qual a paciente sinta-se à vontade para expressar suas expectativas, dúvidas e preocupações. A enfermeira deve mostrar-se disponível e calma, procurando despojar-se de seus conceitos preestabelecidos, propiciando um relacionamento de confiança e respeito mútuo.

CONCLUSÃO

Os dados desta pesquisa mostram que as 34 mulheres em estudo possuíam idade variando de 22 a 51 anos, sendo que um pouco a menos da metade delas com idade entre 41 à 59 anos. Apenas três possuíam idade maior que 60 anos.

Conforme o estado civil e à raça/cor, a maioria das mulheres referiu união estável, cor não-branca. Já segundo o grau de escolaridade e a renda familiar, a maioria as mulheres possuía ensino médio completo, e sobreviviam com um a dois salários mínimos, sendo que nenhuma delas possuía mais do que cinco salários mínimos.

Quando questionadas em relação à ocupação, a maioria das mulheres era do lar, poucas trabalhavam em setores informais e algumas trabalhavam no setor informal.

Ao serem questionadas quanto à coitarca, a grande maioria das mulheres referiu que iniciaram a atividade sexual entre 15 a 19 anos.

Quanto ao uso de anticoncepcional oral, pouco mais da metade das mulheres não o utiliza. Contudo, não se pode afirmar se elas faziam uso de outro método contraceptivo.

Em relação à presença de parceiro fixo em suas relações sexuais, mais da metade das mulheres entrevistadas referiu ter esse tipo de parceiro, uma vez que a grande maioria referiram união estável. O que faz com que elas tenham um risco reduzido para a aquisição de câncer de colo uterino.

Quando questionadas quanto ao conhecimento do exame preventivo, a maioria das mulheres referiu conhecer o exame, assim, sabendo da importância dele na vida delas. Mais da metade responderam que já havia realizado, e sabiam sobre os cuidados necessários antes da realização. Quanto à visão das mulheres sobre o exame, a grande maioria referiu gostar da consulta, que o profissional explica sobre a realização do mesmo, mostrando confiança e assim oportunizando-as a esclarecer dúvidas.

Dessa forma, observou-se que apesar do conhecimento e da prática das mulheres atendidas no Centro de Saúde em estudo para a realização do exame Papanicolaou considerou-se um pouco insuficiente, o profissional de enfermagem têm papel essencial nesse processo de conscientização.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Kamila Matos de, FRIAS, Paulo Germano; Andrade, Carla Lourenço Tavares de; AQUINO, Estela M.L.; MENEZES, Greice; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup. 2: S301-s309, 2009.

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S.; **Fundamentos da assistência à família em saúde.** Manual de enfermagem [online]. Disponível em: <http://www.idssaude.org.br/enfermagem> 2001.

ANTTILA T; et al. Serotypes of Chlamydia Trachomatis and risk for development of Cervical Squamous Cell Carcinoma. JAMA. 2001 jan3; 285 (1): 47-51. In: OLIVEIRA, Júnea Caris de. **Unidade móvel de Prevenção na Busca ativa do Câncer do Colo do útero nas Zonas Urbana e rural de Barretos**, (Dissertação de Mestrado), São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5155/tde-24052011-142744/pt-br.php>. Acesso em: 15 mai. 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: LDA, 2009.

BASTOS, A. da C. **Noções de Ginecologia.** 5 ed. São Paulo, Atheneu, 1978.

BENZECRY, Roberto. **Tratado de obstetrícia.** 9 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2001

BARROS, Sônia Maria Oliveira de; MARIN, Heimar de Fátima; ABRAÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. **Enfermagem obstetra e ginecológica:** Guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2002.

BEZERRA, S.J.S.; GONÇALVES, P.C.; FRANCO, E.S.; PINHEIRO, A.K.B. **Perfil de Mulheres Portadoras de lesões Cervicais por HPV Quanto aos Fatores de Risco para Câncer de colo Uterino.** Ceará: 2005.

BOSCH, F.X. et al. Risk factors for cervical cancer in Colombia and Spain. Int. J. Cancer, v.52, n. 5, p. 750-758, 1992. In: MURTA et al., Câncer do Colo Uterino: Correlação com o Início da atividade Sexual e paridade, **RGB-v.12,nº9**,1999.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Nacional de assistência à saúde. Instituto nacional do câncer. **Estimativas de Incidências e mortalidade por câncer no Brasil 2000.** Rio de Janeiro: INCA, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Câncer no Brasil:** dados do registro de base populacional. Rio de Janeiro (RJ): MS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenadoria de Programas de Controle de Câncer (Pró-Onco) **.Estimativa da incidência e mortalidade por câncer cérvicouterino no Brasil.** Rio de Janeiro: 2002. Disponível em: <http://www.inca.org.br>.

_____. Instituto Nacional do Câncer. Secretaria de Assistência à Saúde. **Instituto Nacional do Câncer. Coordenadoria de Programas de Controle de Câncer (Pró-Onco)**. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer cervicouterino no Brasil, 2002. Disponível em: <<http://www.inca.org.br>>. Acesso em: 2 maio 2013.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2009.

_____. Ministério da Saúde. **O controle de câncer uterino e de mama**. Brasília: [s.n.], 1994.

_____. Ministério da Saúde. Câncer de colo de útero. Disponível em URL http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/dicas/45cancer_colo.html. Acessado em 09 de março de 2013.

_____. Ministério de Saúde Pública. **Doenças Sexualmente transmissíveis (DST)**. Manual de Bolso. Brasília-DF. 2000.

_____. Ministério da Saúde. 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. **Prevenção do câncer do colo de útero**: manual técnico: profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em 10 nov. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Câncer de colo do útero**. Disponível em: URL http://www.ministerio.saude.bvs.br/HTML/PT/dicas/45cancer_colo.html acessado em 22 de fev. de 2013.

_____. Brasília: **Especial**: saúde garante mais proteção as mulheres, 2009 Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/reportagensEspeciais/default.cfm?pg=dsDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=10007>. Acesso em: 20 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção do câncer do colo de útero**: manual técnico: profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em 7 abril de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde; Secretária de Atenção à Saúde, Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2008**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil): INCA, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. **Guia prático do programa Saúde da Família**, Brasília; MS, 2001. Disponível em :<http://www.ibam-concursos.org.br/documento/guia_psf1.pdf>. Acesso: 15 abr. 2013.

BRENNNA, S.M.F.; HARDY, E.; ZEFERINO, L.C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad Saúde Pública**. 2001;17 (4): 909-14.

BRUNNER; SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. In: **Oncologia: Cuidado de Enfermagem no tratamento do câncer**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Cap 16, p 329.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5. ed. Prentice Hall, 2002, p. 242.

CHUBACI, R.Y.S.; MERIGHI, M.A.B.; YASUMORI, Y. A mulher japonesa vivenciando o câncer cérvico-uterino: um estudo de caso com abordagem da fenomenologia social. **Rev Esc Enferm USP**. 2005;39(2):189-94.

CLARKE, B.; CHETTY, R. Postmodern cancer: **the role of human immunodeficiency virus in uterine Cervical Cancer**. *Molpathol*. 2002 feb; 55(1): 19-24. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11836442>. Acesso em: 14 mai. 2013.

COELHO, F.R.G.; GUIMARÃES, A.P.G.; HANRICOT, R.M.; AGUIAR, K.D.C.; FUKAZAWA, E.M.; VESPA JR, N.; et al. **Câncer do colo do útero**. In: KOWALSKI, L.P.; GUIMARÃES, G.C.; SALVOJOLI, J.V.; FEHER, O.; ANTONELLI, C.B.G. Manual de condutas Diagnósticas e terapêuticas em oncologia. São Paulo: Ambito, 2006. P. 702-13.

COSTA, A.M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIGGIN, K.; COSTA, S.H. (Orgs). **Questões de saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1999, cáp 17.

DAVIM, R.M.B; TORRES, G.V.; SILVA, R.A.R.; SILVA, D.A.R. Conhecimento de mulheres de uma unidade básica de saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de papanicolaou. **Rev Esc Enferm USP**. 2005;39(3):296-302.

FERNANDES, R.A.Q.; NARCHI, N.A. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. **Rev Bras Cancerol**. 2002;48(2):223-30.

FERNANDES, W.C. **Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com Câncer de colo uterino submetidas à radioterapia**. São Paulo: 2009.

FERREIRA, M.L.S.M. Motivos que influenciam a Não-Realização do Exame de Papanicolaou segundo a Percepção de Mulheres. **Esc Anna Nery Ver Enferm**. Abr-Jun; 13(2): 378-84, Bocatú- SP: 2009.

FIGUEIREDO, N.M.A. de. Ensinando a cuidar da mulher do homem e do Recém-nascido. **Práticas de enfermagem**: Difusão paulista de enfermagem, 2003.

FRANCO, E.L.; FRANCO-DUARTE, E.; FERENZY, A. Cervical Cancer. Epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. **CMAJ**. 2001 Apr 3; 164 (7): 1017-25. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11314432>. Acesso em: 20 mai. 2013.

FRANCO, E.S. **Cervicografia digital na prevenção do câncer colo uterino**. In: Semana Brasileira de Enfermagem-Conselho Federal de Enfermagem e Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Fortaleza; 2003.

FREITAS, S.L.F.; ARANTES, S.L.; BARROS, S.M.O. Atuação da enfermeira obstetra na comunidade Anhanguera, Campo Grande (MS), na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 57-64, abril 1998.

FURNISS, K.K. Tratamento de pacientes com distúrbios reprodutivos femininos. In: Smeltzer SS, Bare BG, organizadoras. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2000. p.1170-201.

GERK, M. A. S. Prática de enfermagem n assistência ginecológica. In: BARROS, S. M. O., ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecologia**. São Paulo: Roca, 2002.

GREENWOOD, S.A.; MACHADO, M.F.A.S.; SAMPAIO,N.M.V. Motivos que levam as mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame papanicolaou. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14,p 503-509. 2006.

GOMES, F.A.M. Fatores associados à infecção clínica e subclínica do trato genital feminino pelo papiloma vírus humano. **DST- J bras. Doenças Sex. Transm** 2003; 15(1): 16-22.

GOMES, H.C.; JUSTINO, PB. Papel da radioterapia no tratamento dos tumores de colo uterino. In: Guimarães JRQ. **Manual de oncologia**. São Paulo: BBS Editora, 2004. Cap. 30, p.339-48.

GERK, M.A.S. Prática de enfermagem na assistência ginecológica. In: BARROS, S.M.; MARIN, H.F.; ABRÃO, A.C.F.V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**. São Paulo: Rocca. Cap 21, p. 430-470, 2002.

GREENWOOD, S.A.; MACHADO, M.F.A.S.; SAMPAIO, N.M.V. Motivos que levam as mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame papanicolaou. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14,p 503-509. 2006.

GUATHIER, Jacques Henri Maurice et al. **Pesquisa em Enfermagem novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koongan, 1998.

HO, G.Y.; BIERMAN, R.; BEARDSLEY, L.; CHANG, C.J.; BURK, R.D. Natural history of cervicovaginalpapillomavirus infection in yong women. *N Engl j Med* 1998; 338(7):

423-8. In: NAKAGAWA et al. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 mar-abr;63(2):307-11.

HORTA, A.L.M; et al. Consulta de enfermagem: conceitos e componentes básicos. Secretaria de estado de saúde,15 p, 1992. In: BARROS, Sônia Maria Oliveira de, Heimar de Fátima Marin, Ana Cristina Freitas de Vilhena Abraão. **Enfermagem obstetra e ginecológica: Guia para a prática assistencial**. São Paulo: Roca, 2002.

International Agency for Research on cancer. Handbooks of cancer Prevention: Cervix Cancer Screening. Lyon: IARC, 2005. In: NAKAGAWA et al. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 mar-abr;63(2):307-11.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **PNAD 2005: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro; 2005.

INCA. **Instituto Nacional De Câncer**. [página na internet]. Rio de Janeiro: Ministério da saúde; Acessado em: 04 mar de 2013. Disponível em :<http://ww.inca.gov.br/estatísticas>.

_____. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: Uma proposta de integração ensino-serviço**. 2ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008.

_____. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil**. INCA, 2001. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa2001/>>

_____. Ministério da Saúde. **Estimativas 2010: Incidência de câncer no Brasil** Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98p. Disponível em: <HTTP/www1.inca.gov.br/estimativa/2010/> Acesso: 26 dez. 2012.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama-Viva mulher**. Rio de Janeiro: MS, 2011. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140> Acesso em Jan. 2013, 15:35:14.

_____. **Tratamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS, 2011. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterо/tratamento1 Acesso em Jan. 2013, 22:34:12.

_____. **Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil** [on-line]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>.

KATZ, S.J.; HOFER, T.P. Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage Breast and cervical câncer in Ontario and the united States. **JAMA**.1994 Aug 17; 272(7): 530-4. Disponível em: http://www.unboundmedicine.com/medline/citation/8046807/Socioeconomic_disparities_in_preventive_care_persist_despite_universal_coverage__Breast_and_cervical_cancer_screening_in_Ontario_and_the_United_States_. Acesso em 20 mai. 2013.

KOH, W.L.; MOORE, D.H. Cervical cancer. In: Gunderson LL, Tepper JE. Clinical radiation Oncology. 2 edition: **Elsevier-Churchill Livingstone**, 2006. Chapter 55, p.1323-57.

LEONI, Fabíola. Vírus silencioso-HPV: **Incidência maior no primeiro ano de vida sexual**. Disponível em: www.mj.gov.br/pronasci [2009]. Acesso em Abr de 2013.

LIMA, C. A.; PALMEIRA, J. A. V.; CIPOLOTTI, R. Fatores associados ao câncer do colo do útero em Própria, Sergipe, Brasil. *Cadernos de Saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, outubro de 2006.

MALUF, F.C.; MARQUES, R.; ABDO FILHO, E. Câncer Ginecológico- Cérvix. In: Buzaid AB, Holf PM. **Manual Prático de Oncologia Clínica do Hospital Sírio-Libanês** [texto na internet]. 2007 [citado 2008 jun. 22] 5ed: [cerca de 60 p.]. Disponível em: www.machsl.com.br

MARTINS, L.F.L.; THULER, L.C.S.; VALENTE, J.G. Cobertura do exame 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, 2005.

MORENO, V.; BOSCH, F.X.; MUNOZ, N.; MEIJER, C.J.; SHAH, K.V.; WALBOOMERS, J.M.; et al. Effect of oral Contraceptives on risk of Cervical cancer in women with Human Papillomavirus infection: the IARC Multicentric Case-control Study. *Lancet*. 2002 Mar 30; 359 (9312): 1085-92. In: OLIVEIRA, Júnea Caris de. **Unidade móvel de Prevenção na Busca ativa do Câncer do Colo do útero nas Zonas Urbana e rural de Barretos**, São Paulo, 2010.

NADAL, L.R.M.; NADAL, S.R. Indicações da vacina Contra o Papilomavírus Humano. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v.28, n.1., p. 124-126, 2008.

National Cancer Institute. Sexuality and Reproductive Issues. **The prevalence and types of sexual Dysfunction in people with Cancer**. [texto na internet]. 2007 [citado 2008 jun. 22]. Disponível em: <http://.cancer.gov/cancertopics/pdf/cupportivecare/sexuality/healthprofessional/page2>

OHANA, E.C.C.; SAITO, R.X.S. Saúde da Família. In: OHANA, E.C.C.; RIBEIRO, M.P.; GONDARIZ, R.; NUNES, M.M.; OCANHA, A.M. **Saúde da Mulher**. São Paulo: Martinari, 2010. Cap9, p. 210.

OLIVEIRA, Márcia Maria Hiluy Nicolau de; SILVA, Antônio Augusto Moura da; BRITO, Luciane Maria Oliveira; COIMBRA, Liberata Campos. Cobertura e fatores associados à não realização do exame Preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Rev Bras Epidemiol** 2006 9(3): 325-34.

ORQUIZA, Sônia Maria Coutinho. O que é o exame papanicolaou. **Revista medicina de família e comunidade**. Pernambuco: UFPB, ano 3. N. 12, 2009.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de saúde pública**. Rio de Janeiro 14(Supl. 1):25-32,

1998. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v1s1/1337.pc>. Acesso em: 25 Abr 2013.

PARAUPEBAS-PA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Números de óbitos por neoplasia de colo no município de Parauapebas no período de 2009 a 2012**. Parauapebas, 2013.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; HIGARASHI, L. H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319 - 324, nov. 2004.

PIMENTAL, A.V. **Percepção da vulnerabilidade à doença, entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero**. Ribeirão Preto, 2010.

PINHO, A. A.; FRANÇA JUNIOR, I.; SCHRAIBER, L. B.; D` OLIVEIRA, A. F. P. L. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. Caderno de Saúde Pública. v.19, n. 2, p. 5313-5313, 2003.

PINOTTI, J.A.; CARVALHO, J.P.; NISIDA, A.C.T. Implantação de programa de controle de câncer de colo uterino. **Rev. Ginecol Obstet** 1994; 5(1): 5-11.

PARAUPEBAS-PA. (Município). Prefeitura de Parauapebas, 2013. Disponível em: <http://www.parauapebas.pa.gov.br/paraapebas/localizacao.html>>. Acesso em: 11 Abril. 2013, 22:34:12.

RAMOS, P.G. Sinal de Alerta para o HPV. Identificados fatores que reduzem o número de células de defesa contra o vírus. **Revista Ciências Hoje**. Rio de Janeiro: MEDSI, n.211, p16. Dez/2009.

RICHARD R.M. The natural history of cervical and intraepithelial ceneoplasia. **ClinObstetGynecol**1967; 10:748-784. Disponível em: <http://jcp.bmj.com/content/35/1/1.full.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2013.

ROVERATTI, D.S. **Guia da Sexualidade**: reedição ampliada e ilustrada. São Paulo: Patrícia Pucci, 2009.

SANTOS, V.C.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. A relação Trabalho –Saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Ver. Esc. Enferm**, USP, 2007; 41 (esp): 777-81. Disponível em: <http://www.scielo.br> . Acesso em: 28 mai. 2013.

SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Protocolo de enfermagem: Atenção á saúde da mulher**. São Paulo, 2004.

SELLORS, J.W.; KARWAAJTYS, T.L.; MAHONY, J.B.; LYTWYN, A.; CHONG, S.; et al. **Incidence, Clearance and predictors of human papilomavírus infection in women**. **JAMC** 2003; 168(4): 168-74.

SILVA, M.A. A enfermagem e o Sistema Único de Saúde. **O vivido e o representado. Um estudo de caso**. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 1994.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.; BRUNER, SUDDARTH'S. **Tratado de enfermagem médico- cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002a .

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.; BRUNER, SUDDARTH'S. **Tratado de enfermagem médico- cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006b.

SOUZA, D.A.; SILVA, J.O.; PINTO, N.M.M. Conhecimento e prática das mulheres em relação ao exame citológico do colo uterino. **Revista Enfermagem Integrada –** Ipatinga: Unileste-MG - V.3 - N.2 - Nov./Dez. 2010.

STANTON, M.; PAUL, C.; REEVES, J.S. Um resumo no processo de enfermagem. In: George, J.B. **Teorias de enfermagem- Os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre, Artes médicas, cap2, pag 24-37, 1993.

SULTANEM, K.; SOUHAMI, L. Tumores de colo do útero In: Salvajoli JV, Souhami L, Faria SL. **Radioterapia em oncologia**. Rio de Janeiro: Medsi,1999. Cap.27, p. 709-735.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Comprehensive Cervical CancerControl: A Guidetoessentialpractice**. Geneva:WHO; 2007. 280p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Exame Papanicolaou: conhecimento e prática de mulheres em um Centro de Saúde em Parauapebas-PA.

Venho solicitar a sua colaboração para participar da pesquisa sobre prevenção do câncer uterino. O mesmo tem como objetivo avaliar os conhecimentos das mulheres sobre o exame Papanicolaou, conhecido como preventivo, em um Centro de Saúde em Parauapebas-PA.

A presente pesquisa não oferece riscos físicos, morais e psicológicos. Será mantido sigilo das informações coletadas, que somente serão exclusivamente para utilização da pesquisa.

A sua participação é de grande importância para o alcance dos objetivos pretendidos. Ressalta-se que a qualquer momento e em qualquer etapa da pesquisa você poderá retirar-se da mesma, se assim desejar, sem nenhum constrangimento, lembrando que você não terá custos e nem benefícios financeiros de qualquer ordem, ficando todos os gastos por conta da pesquisadora. Caso possua alguma dúvida, você poderá entrar em contato as próprias pesquisadoras: Flávia Cristine da Silva Cavalcante pelo telefone (94) 8173 3858 e Ranilda Nascimento Alves pelo telefone (98) 8169 0054 ou pela orientadora responsável: Prof^a. Mônica Gama, Doutora.

Pelo presente consentimento, declaro que recebi esclarecimento quanto à natureza e às finalidades do estudo, e que é de livre e espontânea vontade que concordo em participar como voluntária dessa pesquisa.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1- Idade:

- < 25 anos 41 a 59 anos
 25 a 40 anos > 60 anos

2- Estado Civil:

- Solteira Casada Divorciada
 União Estável Outros

3- Raça:

- Branca Não-branca

4- Escolaridade:

- Analfabeta Ensino fundamental completo
 Ensino fundamental incompleto Ensino médio completo
 Ensino médio incompleto Nível superior completo
 Nível superior incompleto

5- Renda familiar:

- Sem renda Menor que um salário mínimo
 1 a 2 salários mínimo 3 a 5 salários mínimo
 + de 5 salários mínimo

6- Ocupação:

- do lar Secretária doméstica
 Desempregada Comerciaria
 Estudante Outros

15 - Já foi diagnosticado HPV em algum resultado de preventivo

Sim

Não

CARACTERÍSTICAS GINECOLÓGICAS

16- Idade da primeira menstruação:

< 11 anos

11 a 18 anos

>18 anos

17- Idade de início da atividade sexual:

< 15 anos

15 a 19 anos

20 a 25 anos

> 25 anos

18- Uso de algum anticoncepcional oral:

Sim

Não

19- Parceiro sexual fixo:

Sim

Não

20- Uso de camisinha:

Sim

Não

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOBRE A VISÃO DAS MULHERES QUANTO A REALIZAÇÃO DO EXAME

1 - O que você achou da consulta?

- Regular Ruim
 Boa excelente

2 - A enfermeira te explicou sobre a realização do exame?

- Sim Não

3 - Durante a realização do exame a enfermeira mostrou:

- Confiança Medo Insegurança

4 - Você teve oportunidade de esclarecer suas dúvidas?

- Sim Não

5 - O exame doeu?

- Sim Não Senti incomodo

6 - Sentiu medo?

- sim Não

7 - Você ficou envergonhada?

- Sim Não

8 - O ambiente da realização da coleta do preventivo era tranquilo?

- Calmo Agitado
 Barulhento Ruim

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



Ofício nº 30/2012 – CA. LABORO

De: Profª. Mônica Elinor Alves Gama – Diretora Acadêmica da LABORO: Excelência em Qualificação.

Para: Vera Cristina Magalhaes Mesquita

ASSUNTO: Solicitação de liberação para coleta de dados.

Prezada Senhora,

A LABORO - Excelência em Qualificação oferece o Curso de Especialização em **Saúde da Família** e seus alunos encontram - se em fase de elaboração da Monografia, iniciando a etapa de coleta de dados. As alunas Flavia Cristine da Silva Cavalcante e Ranilda Nascimento Alves desenvolverão o trabalho intitulado. **"EXAME PAPANICOLAU: CONHECIMENTO E PRÁTICA DE MELHERES EM UM CENTRO DE SAUDE EM PARAUAPEBAS -PA"**.

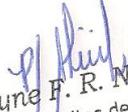
O referido trabalho está sob a orientação da Profª Mônica Elinor Alves Gama que serão respeitadas as normas estabelecidas para pesquisa envolvendo seres humanos e após análise dos dados, será apresentada cópia do trabalho finalizado para que a Instituição possa se apropriar dos dados.

Na certeza do seu apoio ao progresso da ciência em nosso Estado, agradecemos antecipadamente. Colocamo-nos ao seu dispor.

São Luís, 15 de dezembro de 2012.


Profª Doutora Mônica Elinor Alves Gama


Vera Cristina M. Mesquita
Enfermeira
COREN-PA : 74865


Caryne F. R. Neves
Dra dos Distritos de Saúde
Portaria nº06/13

RECEBI:
Ronaldo Ribeiro
ENFERMEIRO
COREN-PA 213.939

19.12.12