LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

THAMIRES MARIA DE AMORIM CORREIA

CITOPATOLOGIA ONCÓTICA: ASPECTOS INTERVENIENTES NA PRÁTICA ENTRE MULHERES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM DOM PEDRO-MA

São Luís

2012

THAMIRES MARIA DE AMORIM CORREIA

CITOPATOLOGIA ONCÓTICA: ASPECTOS INTERVENIENTES NA PRÁTICA ENTRE MULHERES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM DOM PEDRO-MA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO-Excelência em Pós – Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profª Mestre:

Rosemary Ribeiro Lindholm.

São Luís

2012

Á Deus por ter me concedido forças e inteligência para alcançar mais essa vitória.

Aos meus pais Glauber Santos Correia e Valdira Ferreira Amorim pelo apoio e amizade.

Aos meus avós Sebastião Gonçalves Correia e Maria de Jesus Santos Correia pela significativa dedicação e confiança.

Ao meu primo Ruiter Santos Correia Junior pelo companheirismo.

Ao meu namorado Marcos Maciel Cavalcante da Silva pelo incentivo e compreensão.

AGRADECIMENTOS

À Deus meu pai e amigo, pela sabedoria da vida , por ter me concedido a oportunidade de realizar e concretizar esse trabalho.

As mulheres, sujeitos desta pesquisa, pela colaboração e atenção.

A Profª: Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm, minha orientador , pelo auxílio, compreensão e pela assistência prestada durante o desenvolvimento desse trabalho.

A Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva, pela dedicação e colaboração que foram primordiais na conclusão desse trabalho.

A todos os funcionários do instituto LABORO, pelo respeito e amizade adquirida durante o decorrer de todo o Curso.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuiram na elaboração deste trabalho.

“O estudo é um trabalho que somos obrigado a pôr toda a nossa vontade para realiza-lo com o maior rendimento possível”.

(Thomas W. Atkinson)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1.Características demográficas e cultural.....34

Tabela 2.Características socioeconômicas e reprodutivas.....38

Gráfico 1**.** Distribuição percentual das 20 mulheres em relação ao conhecimento prévio sobre os exames de citologia oncotica.U.B.Saúde.Dom Pedro-MA.2011.....41

Gráfico 2**.** Distribuição percentual das 20 mulheres em relação ao conhecimento sobre a finalidade do exame de citologia oncótica. U.B.Saúde.Dom Pedro-MA.2011.....42

Gráfico 3**.** Distribuição percentual das 20 mulheres com relação à importância do exame de citologia oncótica. U.B.Saúde.Dom Pedro-MA.2011. 43

Gráfico 4**.** Distribuição percentual das 20 mulheres com relação a facilidade de dados com relação à facilidade na realização do exame de citologia oncótica.U.B.Saúde.Dom Pedro-MA.2011.....44

Gráfico 5. Distribuição percentual das 20 mulheres com relação aos fatores que dificultam a realização do exame de citologia oncótica.U.B.Saúde.2011.....45

Gráfico 6. Distribuição percentual das 20 mulheres com relação ao gênero do profissional para a realização do exame de citologia oncótica.U.B.Saúde.Dom Pedro-MA.2011.....46

Gráfico 7. Distribuição percentual das 20 mulheres com relação ao inicio da atividade sexual.U.B.Saúde.Dom Pedro-MA.2011.....47

Gráfico 8. Distribuição percentual das 20 mulheres com relação a antecedentes familiares para o câncer .U.B.Saúde.Dom Pedro-MA.2011.....48

Gráfico 9. Distribuição percentual das 20 mulheres estudadas com relação à presença de DST´s nas mulheres.U.B.Saúde.Dom Pedro-MA.....49

Gráfico 10. Distribuição percentual de 20 mulheres com relação à periodicidade de realização do exame de citologia.U.B.Saúde.Dom Pedro-MA.2011.....50

RESUMO

O câncer de colo do útero é um dos mais comuns entre as mulheres no mundo, o qual pode ser prevenido pela realização do exame de colpocitologia oncótica, um eficiente método de prevenção e/ou detecção precoce. Este estudo buscou conhecer quais os aspectos que de certa forma interviam para que as mulheres não aderissem ao exame de citopatologia oncótica. Utilizou-se o método quantitativo, as técnicas de obtenção de dados foram feitas através de entrevistas semi-estruturadas, contemplando 18 perguntas, e observação não participante com vinte usuários de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Dom Pedro - MA, no período de novembro de 2011. Os resultados foram analisados da seguinte maneira juntou - se todos os questionários com o objetivo de organizar as informações, consolidou - se e tabulou-se os dados obtidos. Na análise dos dados foi possível identificar que a maioria das mulheres tinha entre 20 e 30 anos, uma grande parte casada. Observou-se que elas têm pouco conhecimento sobre o câncer de colo uterino e consideram o exame de colpocitologia oncótica como um importante método de detecção e não como uma forma de prevenção que deve ser incorporado na rotina dos exames ginecológicos. Desta forma, percebeu-se a necessidade de repasse de informação sobre o exame preventivo, de maneira personalizada para intervenção do profissional de saúde, no momento do exame.

Palavras-chave: Colpocitologia oncótica, Câncer de colo do útero, Mulheres, Prevenção.

ABSTRACT

Cancer of the cervix is one of the most common among women in the world, which can be prevented by the examination of colpo-cytology, an efficient method of prevention or early detection. This study sought to learn which aspects of a way to glimpse that women do not adhere to the examination of pathology oncotic quote. We used the quantitative method, the techniques for obtaining data were made through semi-structured interviews, including 19 questions, and non-participant observation with twenty users of a Basic Health Unit of the Municipality of Don Pedro, MA, from November 2009. The results were analyzed as follows joined all the questionnaires with powder objective of organizing the information, has become all of them, and tabulated the data held. In the data analysis it was identified that most women were aged 20 to 30 years, much married. It was observed that they have little knowledge about cervical cancer and consider the review of colpo-cytology as an important method of detection and not as a means of prevention must be incorporated in routine gynecological examinations. Thus, it was felt the need to pass on information about the survey preventive, personalized way for intervention by the health professional during the exam.

Key-Words: Colpo-cytology, Cervical cancer, Women, Preventi

SUMÁRIO

p.

1 INTRODUÇÃO.....10

2 OBJETIVOS.....13

2.1 Geral 13

2.2 Específicos.....13

3 FUNDAMENTAÇÃO TÓRICA.....14

4 METODOLOGIA.....29

5 RESULTADO E DISCUSSÃO.....33

6 CONCLUSÃO.....52

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....53

REFERÊNCIAS.....55

APÊNDICES.....59

1 INTRODUÇÃO

De acordo com os esclarecimentos do Ministério da Saúde, o câncer de colo do útero se constitui em um grave problema de saúde, e é um dos mais comuns entre as mulheres do mundo. No Brasil, é estimado que seja a terceira neoplasia maligna encontrada entre mulheres mesmo representado um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessa doença que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos quando esses se fizerem necessário (BRASIL, 2004).

Para o Ministério da Saúde, o câncer é considerado uma doença progressiva e caracterizada por lesões nas células cervicais, que pode se desenvolver lentamente, permitindo sua interrupção a partir de um diagnóstico precoce e tratamento oportuno a custos reduzidos (BRASIL, 2006). Torna-se oportuno esclarecer que medidas de prevenção são consideradas de uma suma importância e envolvem o rastreamento dessas lesões na população sintomática e assintomática, identificando o grau das mesmas e o tratamento adequado (BRASIL, 2002).

Mesmo considerando a detecção precoce associado ao tratamento, nota-se uma grande incidência de casos de câncer de colo do útero. Diversas causas podem ser pontuadas para explicar esse fenômeno, como por exemplo: a dificuldade em acessar os serviços de saúde para a realização do exame de papanicolau, a demanda reprimida e etc. Outra causa seria a falta de oportunidade que a mulher tem para falar sobre se e sua sexualidade, como também pelo desconhecimento sobre o câncer ginecológico acrescido de tabus e idéias preconceituosas sobre a mulher (DAHLKE et al 2005).

Este fato fere as recomendações do Ministério da Saúde (MS) ao qual estabelece uma cobertura quase total para a população feminina de risco obtendo-se dessa forma um impacto epidemiológico com redução das taxas de mortalidade.

O exame de papanicolau é conhecido como o instrumento mais adequado, prático e barato para o rastreamento do câncer de colo do útero, também denominado de colpocitologia ou citologia oncótica e mais comumente referido pela clientela como exame preventivo ou mesmo prevenção (BRASIL, 2006). Este consiste no esfregaço ou raspado de células do tecido epitelial cervical e vaginal, e possui seu valor tanto para a prevenção secundária quanto para o diagnóstico, pois possibilita a descoberta de lesões pré-neoplásicas e da doença em seus estágios iniciais (BRASIL, 2004).

Quando incorporados na rotina da vida adulta o exame de papanicolau tem forte influência na redução da incidência do câncer do colo do útero e na morbimortalidade de suas portadoras, preconizado pelo Pacto pela Vida/2006 uma maior cobertura para este exame. Somado a tudo isto, existe a realidade da infra-estrutura das instituições, em particular as públicas, que associados a postura dos profissionais de saúde dificultam na análise da cobertura do exame preventivo (BRASIL, 2006).

O presente estudo justifica-se a partir da vivência em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) através de estágios. Nesta ocasião, observou-se a baixa frequência da realização do exame de papanicolau, falta de informação por parte das usuárias sobre a importância do exame citopatológico para a promoção de saúde e prevenção de doenças, e que a maioria das mulheres submetidas ao exame comparecem as Unidades de Saúde pela necessidade de cuidados no controle de natalidade, pré-natal, ou puerpério. Muitas mulheres ainda não realizam o exame de prevenção por algumas possíveis razões relacionadas a aspectos socioeconômicos e culturais, precário nível de informação sobre a gravidade da patologia e importância do exame preventivo bem como a maneira simples de realização do mesmo.

A importância da pesquisa centra-se na realidade atual, a qual visa à mulher não só como um ser fragmentado, mais também leva em consideração o ambiente em que ela vive e o contexto social na qual está inserida isso porque ainda são muitos os tabus, preconceitos e distorções transmitidas que funcionam como barreiras na atenção precoce dessa patologia. Visto que as campanhas sobre o

exame de papanicolau tendem a ser esporádicas e oportunistas com pouco impacto na incidência do câncer cervical, o que torna necessário um tratamento individualizado, inserido neste contexto um processo de humanização entre pacientes e profissionais de saúde que respeitam as barreiras culturais e psicossociais (DAHLKE et al, 2005)

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Conhecer os aspectos intervenientes na prática do exame de citopatologia oncotica entre mulheres.

2.2 Específicos

- Descrever as características demográficas, socioeconômicas, cultural e reprodutivas das mulheres submetidas ao exame de papanicolau.
- Verificar o conhecimento das mulheres em relação ao exame.
- Identificar práticas relacionada a realização do exame de citologia oncotica.
- Conhecer os fatores que facilitam ou dificultam a realização do exame.

3 COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA: ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS

Desenvolvimento econômico, avanço tecnológico, crescimento industrial e ingresso da mulher no mercado de trabalho, traduzem o que é um país em desenvolvimento. O Brasil apresenta boa parte destas características , porém, como tudo tem seu lado negativo, umas das conseqüências desta jornada rumo ao “primeiro mundo”é o câncer.

A descoberta do câncer constitui um choque muito grande para o doente e também para a família, todos se sentem perdidos, desprotegidos. O medo de não haver cura, de ser mutilado ou até mesmo de morrer circunda os pensamentos dessa paciente. Além disso, deparam-se também com uma doença que é altamente estigmatizante, e sua ocorrência de morte é muito alta em todo mundo. É compreensivo que a paciente tenda a se isolar do contato social e familiar, e é justamente este contato que poderá ajudá-la a superar suas perdas e sofrimentos. O choque de seu diagnóstico gera uma avalanche de emoções. As reações mais comuns são confusão, negação, medo, raiva e culpa . Além disso, a esperança pode vir a ser abalada e sua crença na vida ameaçada.

O termo câncer é a tradução latina da palavra grego carcinoma (de Karkinos = crustáceos, caranguejo). Foi usado pela primeira vez por Galeno (aproximadamente 138 -201 d.c), para indicar um tumor maligno da mama no quais as veias superficiais desse órgão eram túrgidas e ramificadas, lembrando as patas de um caranguejo (BRASILEIRO FILHO, 2004). Esse termo generalizou-se e atualmente é usado para indicar qualquer neoplasia maligna. A doença, que por muitas pessoas não é sequer pronunciada, tornou-se cada vez mais expressiva e a cada ano acomete um número maior de pessoas.

Brunner; Suddarth (2006), afirma que o câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada por mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e começa a se proliferar de maneira anormal ignorando aos sinais de regulação de crescimento no ambiente que circunda a célula. Relata ainda que essas células adquiram características invasivas e as alterações têm lugar nos tecidos circunvizinhos, as quais infiltram nesses

tecidos e ganham acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, que se transportam até outras áreas do corpo. Esse fenômeno é chamado de metástase (câncer disseminado para outras partes do corpo).

O Ministério da Saúde; INCA (1996), completa essa idéia quando diz que, “câncer, é, na verdade, o termo empregado para designar um conjunto de mais de 100 doenças que possuem em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos”. E ainda discorrem que, metástase acontece quando ele se espalha para outras partes do corpo. Estas células consideradas “malignas” se dividem rapidamente e, por serem muito agressivas, determinam a formação de tumores, que nada mais são do que o acúmulo de células cancerosas (BRASIL, 1996).

3.2 Colo do Útero

Segundo Dangelo; Fattini (2002), útero é um órgão que aloja o embrião e no qual este se desenvolve até o nascimento. Envolvido pelo ligamento largo, tem em geral a forma de uma pêra invertida e nele se distinguem quatro partes: fundo, corpo, istmo e cérvix ou colo, sendo este objeto de nosso estudo. Anatomicamente (Impey ,2007), descreve o colo do útero como uma estrutura tubular em continuidade com o útero, com comprimento entre 2 e 3cm, constituído predominantemente de tecido conjuntivo elástico. Relata ainda que o colo une o útero à vagina, permitindo a entrada de esperma e a saída do fluxo menstrual, tendo ainda como função manter o feto no útero durante a gravidez, o qual se dilata durante o trabalho de parto para permitir o nascimento do bebê. Para o referido autor esse colo é ligado posteriormente ao sacro, pelos ligamentos úterossacral, e lateralmente à parede pélvica pelos ligamentos cardinais. Paralelo ao colo está o paramétrio, que contém o tecido conjuntivo, os vasos uterinos e os ureteres .

Além disso, vale acrescentar que o “colo uterino é a porção inferior do útero parte dele se localiza no fundo da vagina, tem um formato cilíndrico e possui no

centro um canal, chamado de canal cervical, que permite a comunicação do restante do órgão (corpo do útero) com meio externo (através da vagina)”(PINOTTI , 1998).

O Ministério da Saúde também descreve que o colo do útero apresenta uma parte interna e uma externa, sendo que a primeira constitui o chamado canal ou endocérvice, que é revestido por uma camada única de células cilíndricas produtoras de muco - epitélio colunar simples. Já a parte externa, a qual mantém contato com a vagina, é chamada de ectocérvice e é revestida por um tecido de várias camadas de células planas – epitélio escamoso e estratificado. Sendo encontrada entre esses dois epitélios, a junção escamocolunar (JEC) que é uma linha que pode estar tanto na ecto como na endocérvice , dependendo da situação hormonal da mulher (BRASIL , 2006).

3.3 Câncer de Colo do Útero

Segundo Brunner; Suddarth (2006), a incidência de câncer de colo do útero diminuiu de 14,2 casos por 100 mil mulheres para 7,8 casos, acometendo principalmente, mulheres entre 30 e 40anos de idade e podendo ocorrer também tão precocemente na faixa etária dos 18 anos. Para Dalke et al (2005), o câncer do colo do útero “pode se desenvolver a partir do carcinoma *in Situ,* o qual se trata do câncer, mas freqüente no âmbito genital feminino”. Afirmam ainda que o fato de a parte cancerosa dos tecidos modificados ser um epitélio de placas mostra que a tendência à excitação e ao ataque neste caso vai de fora para dentro. Esse epitélio de placas mais exterior da vagina avança sobre a mucosa e tenta disputar-lhe o espaço vital. Segundo o Ministério da Saúde o câncer nessa área é conhecido por vários nomes: câncer cérvico-uterino, câncer de colo do útero ou simplesmente câncer de colo. Dentre os tipos de câncer, ele apresenta uns dos mais altos potenciais de prevenção e cura, podendo ser tratado em nível ambulatórial (BRASIL, 2002). O colo do útero é revestido por varias camadas de células epiteliais pavimentosas, arranjadas de forma bastante ordenada. Essa desordenação das camadas é acompanhada por alterações nas células que vão desde núcleos mais

corados até figuras atípicas de divisão celular (BRASIL, 2006). De acordo com Impey (2007), a neoplasia intra-epitelial cervical (NIC), ou displasia cervical, é a presença de células atípicas dentro do epitélio escamoso. Essas células são discarioticas e exibem um núcleo grande com mitoses freqüentes em continuidade, o mesmo refere que a gravidade da NIC é graduada de I a III e depende da quantidade de células encontradas no epitélio. A NIC é, portanto, um diagnóstico histológico.

Fernandes; Narchi (2007) definem NIC I (displasia leve ou neoplasia intra - epitelial cervical grau I), como uma lesão escamosa intra-epitelial de baixo grau (LIBV), ou seja, com baixo poder de malignização. Na lesão de baixo grau, as alterações de diferenciação celular se limitam a um terço do epitélio de revestimento do colo uterino, havendo os mesmos efeitos citopáticos compatíveis com o HPV. Por sua vez, o Ministério da Saúde acrescenta que a desordenação avança 2/3 proximais da membrana está diante, então, de uma neoplasia intra-epitelial cervical grau II, alto grau (NIC II) (BRASIL, 2006).

E na NIC III (displasia grave), as células atípicas ocupam toda a camada do epitélio. Esse é o carcinoma *in situ*, cujas células são semelhantes ás das lesões malignas, mas não há invasão. A malignidade é causada quando as células anormais invadem a membrana basal (IMPEY, 2007)**.**

3.4 Fatores de riscos para o desenvolvimento do Câncer de Colo do Útero

Segundo o Ministério da Saúde, risco é a exposição de indivíduos ou grupo de pessoas a situações que os torna suscetíveis às infecções e ao adoecimento. Portanto, fatores de risco são probabilidades de que um fato indesejado ocorra vários são os fatores de risco identificados para o câncer de colo do útero, sendo que alguns dos principais são:

> Múltiplos parceiros sexuais, idade precoce (menores de 20 anos) no primeiro coito (expõe o colo jovem vulnerável a carcinógenos potenciais de um parceiro), tabagismo, reprodução precoce, infecção por HIV. Ainda

> possui como fator de risco, a exposição ao papilomavírus humano (HPV), doença constituída por um grupo de vírus, que geralmente localiza-se na região da vulva, períneo, vagina e colo do útero. Possui mais de 70 sorotipos, dos quais os 16, 18, 31 e 33, ganharam grande importância por estarem relacionados ao desenvolvimento do câncer (BRASIL, 2002).

Também possui como fatores, o baixo estado socioeconômico(pode estar relacionada com o casamento precoce), deficiências nutricionais, o contato sexual com homens, cujas parceiras tiveram câncer de colo. Descrevem ainda que câncer não é uma doença única, com uma causa única; em lugar disso é um grupo de doenças distintas com diferentes causas, manifestações, tratamentos e prognósticos (BRUNNER; SUDDARTH,(2006) .

3.5 Prevenção primária

No âmbito da atenção básica á saúde da mulher, muitos foram os esforços feitos na tentativa de incorporar efetivamente as ações de prevenção. Essas ações são facilitadas pela atenção básica, uma vez que possui uma rede de serviço capilarizado em todo território nacional e suas equipes trabalham com enfoque na promoção de saúde.

Segundo Dahlke et al (2005), a prevenção é a chave de uma medicina responsável, e, além disso, permite economizar recursos. É de longe a melhor solução para resolver o dilema dos sistemas de saúde, cujo financiamento torna-se cada vez mais difícil. Afirmam ainda que a prevenção, no sentido original e verdadeiro da palavra, significa “vir antes”, “chegar antes”, ou seja, submeter-se uma medida de precaução antes que algo submeta o paciente. Mas para isto o mesmo teria que conhecer a doença a que está sujeito, ou pelo menos a essência desse quadro clinico, aprendendo a lidar com o problema. A prevenção primária baseia-se na diminuição da exposição aos fatores de riscos tendo como foco a pratica do sexo seguro, ou seja, a utilização de preservativos. Vale ressaltar que o uso dos preservativos depende de uma série de fatores como, o conhecimento da

importância do seu uso, as crenças e valores culturais, as iniqüidades de gênero e como elas revelam o grau de autonomia e poder de negociação sexual nas relações afetivo-sexuais.

Outros fatores são as dificuldades das classes com menor poder aquisitivo ao acesso no serviço de saúde, a oferta de insumos de prevenção (preservativos masculinos e /ou femininos), nos órgãos públicos ser ainda insuficientes para a cobertura da população, baixos níveis de escolaridade. Completam ainda afirmando que no âmbito da prevenção primaria, o Programa de Saúde da Família (PSF), tem importante papel na identificação de grupos de mulheres com perfil de risco para desenvolver o câncer cérvico-uterino. Com base nas necessidades levantadas, deve-se considerar a importância de implementar ações de intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco (FERNANDES; NARCHI (2007)

3.6 Colpo citologia oncótica: prevenção secundária

O Exame de Papanicolau é em homenagem a George Papanicolau, médico que nos meados do século XX, descobriu que seria possível diagnosticar precocemente o câncer de colo do útero estudando as células que dele se desprendem. O exame consiste na avaliação das células da cérvice e da vagina para analisar e identificar células com inflamações, displasia ou neoplasias (CRUZ, 2005). No Brasil, as ações de controle do câncer ginecológico iniciaram-se de forma programática em 1993, época de implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que representou uma ampliação do foco de assistência à mulher para além do ciclo gravídico-puerperal. Em 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), implantou o programa Viva Mulher em âmbito nacional, objetivando a detecção precoce e o controle do câncer cérvico-uterino . Além disso, foram definidos critérios para periodicidade, controle e seguimento das mulheres pelo Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do útero (PNCC). A prevenção secundária é feita através “da realização do exame de colpo citologia oncótica, considerada como uma forma de rastreamento de lesões

precursoras, tratáveis e curáveis ou de detecção precoce do câncer". Afirma ainda que a efetividade dessa detecção precoce associada ao tratamento em seus estágios iniciais tem resultado em uma diminuição das taxas de incidências de câncer invasor que pode chegar a 90% (BRASIL, 2006).

Entretanto, Fernandes; Narchi (2007), discorrem que nos países em desenvolvimento, como no Brasil, a cobertura deste teste ainda não alcançou níveis suficientes e coerentes com as necessidades da população feminina sob maior risco de contrair a doença. Dentre os métodos que podem ser utilizados na prevenção secundária ou na detecção precoce do câncer cérvico-uterino, a colpo citologia (exame citopatológico ou papanicolau) é a mais empregada. É de baixo custo, indolor e muito fácil de ser realizado.

O nome papanicolau é em homenagem ao Dr. George Nicholas Papanicolau, que em 1943 descobriu o meio de prevenção para o câncer do colo do útero, através de observações minuciosas das secreções do colo do útero (XAVIER, 1998). Por sua vez o Ministério da Saúde, diz que: "Teste de papanicolau, também é conhecido como citologia oncótica, citologia oncológica, citologia esfoliativa, pap test, é um método desenvolvido pelo médico George Papanicolau para identificação, ao microscópio de células esfoliadas do colo uterino, atípicas malignas ou pré-malignas (BRASIL, 2004). Esse exame também pode encontrar condições não cancerígenas, como infecções viróticas no colo do útero, tais como verrugas genitais causadas pelo HPV (papiloma vírus humano) e herpes, infecções vaginais causadas por fungos como a candidíase ou por bactérias, como o tríchomonas vaginalis. O exame também pode dar informações sobre os níveis hormonais, principalmente estrogênio e progesterona. É recomendado para todas as mulheres sexualmente ativas, independentemente da idade. Deve ser iniciado pelo menos 3 anos após o inicio da vida sexual ativa ou antes dos 21 anos de idade (o que acontecer primeiro). A coleta pode ser interrompida aos 65 anos, se houver exames anteriores repetidamente normais. O intervalo ideal entre as coletas de citologia varia entre um e três anos baseado na presença de fatores de risco tais como: (início precoce da atividade sexual, história de múltiplos parceiros sexuais, nível socioeconômico baixo, historia de ter tido parceiro com infecções genitais, passado de câncer de vulva ou de

vagina, ter parceiro com história de câncer de pênis, ser fumante, estar imunodeprimido). A coleta deve ser anual se algum destes fatores estiverem presentes. Uma adequada coleta de material é de suma importância para o êxito do diagnostico. O profissional de saúde deve assegurar-se de que está preparado para realiza-lo e que tem o material necessário , garantindo assim o sucesso da ação (IXAVIER , 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde, para realização do exame preventivo de colo do útero e a fim garantir a qualidade dos resultados é recomendado: não utilizar duchas ou medicamentos vaginais ou exames intravaginais, como por exemplo (a ultra-sonografia), durante 48 horas antes da coleta; o exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnostico citológico; aguardar o 5º dia após o termino da menstruação. Em algumas situações particulares, como em um sangramento anormal, a coleta pode ser realizada. O consultório deve estar equipado para a realização do exame ginecológico com:

> Mesa ginecológica; escada de dois degraus; mesa auxiliar; foco de luz com cabo flexível; biombo ou local reservado para troca de roupa; cesto de lixo; espaço físico adequado. Já o material necessário para coleta compõe-se de: (Especulo de tamanhos variados: pequeno, médio, grande; e para virgem - devem ser preferencialmente descartáveis; lâminas de vidro com extremidade fosca; espátula de ayre; escova endocervical; par de luvas para procedimento; pinça de cherron; solução fixadora; álcool a 96% ou polietilenoglicol líquido ou spray de polietilenoglicol; gaze; recipiente para acondicionamento das lâminas, mais adequado para o tipo de solução fixadora adotada pela unidade, tais como (frasco porta-lâmina tipo tubete, ou caixa de madeira ou plástica para transporte de lâminas); formulários de requisição do exame citopatológico; fita adesiva de papel para a identificação dos frascos; lápis grafite ou preto nº2; avental /camisola para mulher (os aventais devem ser preferencialmente descartáveis, nesse caso após o uso, deverão ser desprezados em local apropriado. Caso seja reutilizável devem ser encaminhados a rouparia para lavagem, segundo rotina da UBS, os lençóis devem ser preferencialmente descartáveis caso não sejam, encaminhar a rouparia para lavagem e esterilização (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde ainda esclarece que antes da coleta deve ser preenchido um formulário, com uma pequena anamnese, constando dados de identificação, data da última menstruação, data da primeira relação sexual, se faz uso de alguma medicação, etc. A identificação da lâmina deve ser feita na extremidade fosca, com lápis preto n°2, contemplando o código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da unidade; no número do registro da mulher na unidade; e as

iniciais do nome da paciente (BRASIL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde, no inicio do exame explica-se à mulher o procedimento que será realizado; logo após expõe-se somente a região a ser examinada, sob boa iluminação, observa-se atentamente, os órgãos genitais externos, prestando-se atenção a distribuição dos pêlos; a integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, a presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação de veias varicosas e outras lesões como úlceras, físsuras, verrugas e tumorações. Então coloca-se o especulo, que deve ter o tamanho escolhido de acordo com as características perianais e vaginal das mulher a ser examinada- pequeno, médio ou grande.Não deve ser usado lubrificante, exceto em casos selecionados, preferencialmente em mulheres idosas com vaginas extremamente ressecadas, recomenda-se molhar o especulo com soro fisiológico (BRASIL, 2006).

Para o Ministério da Saúde a dificuldade em localizar o colo pode estar na escolha errada do tamanho do especulo. O especulo de tamanho pequeno deve ser utilizado em mulheres que não tiveram parto vaginal (normal), em mulheres muito jovens, menopausadas e em mulheres muito magras. Já o especulo de tamanho grande pode ser o indicado para as mulheres multíparas e para as obesas, condições intermediarias ou em caso de dúvida, use o tamanho médio. O especulo deve ser introduzido suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado de maneira que o colo do útero fique exposto completamente o que é imprescindível para a realização de uma boa coleta; iniciada a introdução faça uma rotação

deixando em posição transversa de modo que a fenda da abertura do especulo fique na posição horizontal; uma vez introduzido totalmente na vagina, abra-o lentamente e com delicadeza; nessa fase do exame, também é importante a observação das características do conteúdo e das paredes vaginais, bem como as do colo do útero. Os dados da inspeção de colo do útero são muito importantes para o diagnóstico cito patológico, na inspeção de colo do útero é importante verificar: normal; ausente; colo não é visualizado; alterado - ectopia; presença de secreção anormal (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, a coleta do material deve ser realizada na ectocérvice e na endocérvice, coleta dupla em lâmina única. A amostra de fundo de saco vaginal não é recomendada, pois o material coletado é de baixa qualidade para o diagnóstico oncótico. Proceda a coleta no ectocérvice utilizando uma espátula de madeira tipo ayre, do lado que apresenta reentrância, encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360°, em torno de todo o orifício, procurando exercer uma pressão firme, mais 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 movimento de ida e volta esfregando a espátula com suave pressão, garantindo uma amostra uniforme (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde torna claro que para realizar a coleta na endocérvice utiliza-se a escova endocervical; recolhe-se o material introduzindo a escova e fazendo um movimento giratório de 360°, percorrendo todo o contorno do orifício cervical; colocar o material retirado da endocérvice na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal; distender todo o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular, sendo imediatamente fixados, por imersão em álcool ou spray. O mesmo afirma ainda que o esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o dessecamento do material a ser estudado. São três os possíveis métodos de fixação de lâminas como: álcool a 96%; spray de polietilenoglicol e polietilenoglicol líquido. De acordo com o Ministério da Saúde, conclui-se o procedimento fechando o especulo, retirando-o delicadamente; inspecione a vulva e períneo, retirar as luvas; auxiliar a mulher a descer da mesa; e solicitar que ela se troque, avise a paciente que um pequeno sangramento poderá ocorrer após a coleta e orientar a paciente que venha retirar o exame conforme a rotina da sua unidade de saúde (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde terminando o procedimento as lâminas devem ser enviadas para o laboratório devidamente acondicionadas e acompanhadas dos formulários de requisição, o formulário deve estar devidamente preenchido e as

identificações coincidentes com a do frasco e as iniciais da lâmina. Logo em seguida, as lâminas serão lidas por um cito patologista que emitirá um laudo informando o resultado do exame. Sobre o exame citopatologico em mulheres grávidas é importante ressaltar que não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento, pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente ate o 7º mês (BRASIL, 2006).

Concordando com essa idéia Martins (2000), afirma que a gravidez representa uma oportunidade única no rastreamento das lesões cervicais, visto a procura espontânea do cuidado à saúde. Desta forma, toda cliente deverá ser submetida a coleta do esfregaço ectocervical durante o seu pré-natal. E que de acordo com o Ministério da Saúde essa coleta deve ser feita somente com a espátula de Ayres sem o uso da escova de coleta endocervical. Em mulheres virgens, não deve ser realizado como rotina, caso seja indicado deve-se ter o devido cuidado e respeitar a vontade da mulher, deve ser realizada exclusivamente por profissional médico, a seu critério em casos extremamente específicos (BRASIL, 2006).

Outra importância do exame de prevenção é que este ajuda a identificar outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST' s /AIDS), "como a papilomatose, a tricomoníase, gardnerella, gonorréia, sífilis e a monilíase. Dessas, a papilomatose é uma doença, cujo vírus pode causar transformações nas células do colo uterino que evoluem para o câncer" (OLINDA, 2006). Por sua vez, o Ministério da Saúde acrescenta, que através da realização do exame papanicolau, muitas mulheres ou a maioria buscam mais periodicamente as UBS e /ou clínicas privadas, que possibilitarão também a essas mulheres a detecção precoce de doenças sexualmente transmissíveis (DST's/AIDS), bem como o câncer de colo do útero e o seu tratamento. Vale ressaltar ainda que em algumas delas necessitarão de tratamento médico prolongado ou até mesmo de possíveis internações hospitalares o que acarretará ao Sistema Único de Saúde (SUS) despesas onerosas (BRASIL, 2006).

3.7 Aspectos socioeconômicos e culturais

Surgem aspectos específicos e/ou barreiras do mundo feminino que podem interferir na realização do exame de colpocitologia oncótica, como: a vergonha, o sentimento de que o exame não é adequado a ela, o medo do exame, a omissão dos profissionais, e ainda o não reconhecimento como sendo integrante do grupo de risco, o desconhecimento da importância do exame, a objeção por parte do companheiro, influência familiar negativa, o temor à doença e o nível sócio-econômico-cultural(LUCARINI; CAMPOS). Já Pinotti; Fonseca (1998), levam também em consideração a dinâmica da consulta ginecológica, que pode ser favorecida ou dificultada por alguns fatores, como:

> Horário de atendimento, tempo, protocolo, local e material destinado a cada cliente. Outros fatores são os maus atendimentos, tanto no que se refere à precariedade técnica e de competência, como às relações autoritárias de equipe de saúde com a sua clientela. Há, também, a denúncia que o temor e a angústia experimentados nesse tipo de consulta que, em muitas das vezes, inclui o toque vaginal ou retal, faz com que algumas mulheres não voltem mais ao consultório.

Lucarini; Campos (2007), ressaltam ainda que as questões profissionais-clientes como, a nudez, o desconforto pelo uso do instrumental, a cobrança do relaxamento, o medo do desconhecido e a falta de orientação antecipatória, interferem na rotina do exame.

Segundo Dahlke et al; (2005), outra causa é a reduzida preocupação das mulheres com as práticas preventivas de saúde. Este é um problema de formação, mas também de responsabilidade governamental, não é por acaso que os centros de saúde estão muitas vezes vazios, enquanto os hospitais estão sempre lotados, outros aspectos que denotam forte influência é a educação familiar, religiosa e cultural.

Dias (2006), descreve que um primeiro problema que aparece ao definir cultura é a existência do uso popular da expressão para significar alguém com mais conteúdo de conhecimento. No entanto, cultura é algo intrínseco a todo ser humano,

o individuo só é humano por possuir cultura, em contrapartida só se encontra a cultura junto aos seres humanos, e é através dela que o homem adquire os conhecimentos a sua sobrevivência física e social. Por sua vez, Lakatos (2007), acrescenta que a cultura, portanto, pode ser analisada, ao mesmo tempo, sob vários enfoques:

> Idéias (conhecimento e filosofia); crenças (religião e superstições); valores (ideologia e moral); normas (costumes e leis), e ainda atitudes (preconceito e respeito ao próximo); padrões de conduta (monogamia, tabu); abstração do comportamento (símbolos e compromissos) e instituições (família e sistemas econômicos).

Essa cultura pode ser desmistificada com educação em saúde, pois segundo Alves (2008), “é um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde”. Define ainda como sendo um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. No âmbito do Programa de Saúde da Família (PSF), a educação em saúde figura como uma prática segura e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família, cujas práticas educativas em saúde estão voltadas para a melhoria do auto cuidado dos indivíduos. Afirma ainda que, educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar oportunidade a intervenções preventivas e promocionais .

Diante do exposto, vale destacar a importância do trabalho do enfermeiro como educador na assistência à mulher, no qual precisa promover acolhimento baseado no respeito e na valorização da mulher, na tentativa de resolver os problemas encontrados. Neste contexto, segundo Fernandes: Narchi (2007) as ações recomendadas são:

> Promover educação em saúde, afim de que haja controle dos fatores de risco, realizar consultas de enfermagem de forma a diminuir a demanda, melhorar a qualidade da assistência e garantir que as mulheres sejam

> examinadas em intervalos regulares. Acrescentam ainda uma ação imediata diante da detecção de alterações no exame, de forma a garantir tratamento e seguimento adequado, instituir registros que facilitem o estabelecimento da periodicidade de repetição do exame criando uma rotina de verificação das faltas e mecanismos de busca ativa dessas mulheres. Nessa perspectiva, o atendimento proposto deve minimizar as barreiras encontradas pelas mulheres quando procuram acessar os serviços básicos de saúde, nos quais muitas vezes não existem profissionais disponíveis para garantir a assistência.

3.8 Atuação do enfermeiro na realização da citologia oncotica

Para o Ministério da Saúde, a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino tem sido objeto de estudo em diversos países e cada vez mais fica comprovada a importância deste profissional nos programas de educação em saúde. A enfermagem deve estabelecer uma relação de confiança entre o profissional e a cliente, garantir o caráter confidencial da realização do exame, elevar a auto-estima e a verbalização dos sentimentos e percepções bem como, o conhecimento do próprio corpo, a participação ativa da cliente na prevenção e controle da doença nos diversos níveis de prevenção; capacita-la a reconhecer as situações de risco vividas por ela, uma vez que o enfermeiro também atua como educador em saúde, e; a educação da população feminina esta diretamente ligada á conscientização da mesma, em realizar ou não o exame de colo do útero, buscando assim o serviço de saúde.

O mesmo lança varias estratégias para assegurar o acesso da mulher aos serviços de saúde, tendo dentre essas estratégias, a educação um papel em destaque. Os profissionais de saúde precisam ser aplicadores das diretrizes do programa, além de explicitarem certa facilidade em lidar com mulheres. Sendo assim Torres (2006), completa afirmando que o enfermeiro é considerado um integrante fundamental na luta contra o câncer de colo de útero, faz-se necessário que o mesmo seja dotado de conhecimentos e desenvolva um bom trabalho na realização da citologia oncotica, além de problematizar a questão e conhecer o motivo pelo o qual boa parte da população feminina apesar de possuir algum conhecimento prévio

acerca do exame não o torne habito em suas vidas, contribuindo na redução de novos casos da doença.

4 METODOLOGIA

Tipo de estudo

O estudo realizado foi do tipo quantitativo, prospectivo e descritivo, que se preocupa com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Lobiondo-wood; Haber (2001) afirmam que as abordagens quantitativas

são fundamentadas por crenças de que os seres humanos são complexos de muitos sistemas corporais que podem ser medidos objetivamente, um de cada vez ou combinados.

Local de estudo

O cenário utilizado para a pesquisa foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Dom Pedro – MA, em novembro de 2011. A equipe de saúde do mesmo é composta por: 03 médicos, 03 enfermeiros, 03 dentistas, 01 técnico em enfermagem, 02 técnicos em higiene dental (THD), 10 agentes comunitários de saúde (ACS). Esta UBS é subdividida em: recepção para acolhimento; consultório de enfermagem (para a consulta e coleta de material para exame de colpocitologia oncótica); consultórios para programas especiais (TB e HAS); consultório médico; sala de imunização; sala de procedimento (onde são realizados curativos, retiradas de pontos, medidas antropométricas); consultórios odontológicos; setor de triagem; além de banheiros e cantina.

A referida UBS está inserida no primeiro nível de ações e serviços local de assistência, denominada atenção básica, disponibilizando através de consultas médicas e de enfermagem nos seguintes programas: Saúde da mulher - planejamento familiar, assistência clinico/ginecológica, obstetrícia, puerpério e exame para identificação precoce do câncer mamário e do colo do útero.

Em saúde do Adulto - Clínica geral, programa HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes), hanseníase, tuberculose, imunizações. Outros serviços oferecidos – tratamento de feridas, retirada de pontos e palestras educativas.

Em Pediatria – puericultura (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento); imunização, assistência em infecções respiratórias agudas (IRAS), monitoramento das doenças diarréicas agudas (MDDA), através da terapia de reintrodução oral (TRO) e programas de suplementação de ferro.

A UBS contribui ainda com os serviços de epidemiologia através da notificação compulsória de algumas doenças dente elas: Dengue, hanseníase, hepatite virais, sífilis congênita, etc. Em gestantes: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tétano, tuberculose, ente outras. É valido ressaltar ainda que a unidade disponibilizada atendimento odontológico preventivo e restaurador.

Vale lembrar que a população de Dom Pedro - MA é constituída de 22.643 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2003). Segundo Kury (2001), população é o conjunto de habitantes de uma condição ou classe, de uma região, país ou mundo.

População

A população do estudo foi constituída de 20 mulheres, com idade variando entre 20 a 59 anos, cadastradas na referida UBS, e que realizaram o exame no mês de novembro de 2011.

Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se como instrumento de coleta o questionário, contendo perguntas abertas e fechadas a respeito do exame de citologia oncótica, além de dados socioeconômicos e demográficos (APENDICE A). Além da entrevista foi utilizado também como instrumento de coleta de dados, o método de observação não participante, por permitir uma observação concreta sem interferir nas atividades rotineiras do local.

No que diz respeito à observação não-participante, Lakatos (2003), afirma que “o pesquisador toma contato com a comunidade, grupo ou realidade estudada, mas sem integrar-se a ela, permanece de fora.” Ou seja, presencia o fato, mas não participa dele, não se deixa se envolver pelas situações faz, mas o papel de espectador. Isso, porém, não quer dizer que a observação não seja consciente,

dirigida, ordenada para um fim determinado. O procedimento tem caráter sistemático.

Coleta de dados

Primeiramente foi escolhido o local em que seria realizada a pesquisa, em seguida foi definido como seriam selecionados os sujeitos do estudo, deu-se então inicio a elaboração de questionários semi-estruturados, logo após a elaboração dos mesmos iniciou - se então as entrevistas, onde as mulheres foram informadas do objetivo da pesquisa, em seguida foi solicitado a assinatura do termo de consentimento. Enfim após os dados coletados deu-se inicio a análise dos mesmos.

Quanto á técnica de coleta de dados, Lakatos (2007) afirma que a entrevista é uma conversa oral entre duas pessoas, das quais uma dela é o entrevistador, e a outra o entrevistado, na qual o papel de ambos pode variar de acordo com o tipo de entrevista. No entanto, todas elas têm um objetivo, ou seja, a obtenção de informações importantes e de compreender as perspectivas e experiências das pessoas entrevistadas. Explica ainda que a entrevista semi-estruturada, também pode ser chamada de “assistemática, antropológica e livre,” é quando o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada. É uma forma de poder explorar mais amplamente a questão.

Análise de dados

Os dados coletados e tabulados foram representados em forma de gráficos e tabelas, utilizando-se o Programa Microsoft Excel. A discussão dos achados foi feita com base na literatura produzida sobre o tema.

Considerações éticas

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, o anonimato e a possibilidade de desistência em participar da pesquisa a qualquer momento (APÊNDICE B).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fazendo-se referência ás características demográficas e cultural, a tabela 1 mostra que, (55,0%) das mulheres encontravam se na faixa etária de 20 a 30 anos e (45,0%) entre 30 e 50 anos. Em relação ao estado civil (60,0%) eram casadas ,(25,0%) solteiras, e (15,0%) viúvas. Sobre raça/cor (15,0%) eram negras (20,0%)

morenas, (10,0%) pardas, (30,0%) brancas e (25,0%) amarela.No que diz respeito a religião (60,0%) referiu ser católicas, (15,0%) evangélicas, (25,0%) não optou por nenhuma religião.

Tabela 1-Distribuição numérica e percentual de 20 mulheres de acordo com as características Demográficas e cultural. U.B.Saúde. Dom Pedro-MA. 2011

CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICA E CULTURAL	F	%
FAIXA ETÁRIA		
20 a 30 anos	11	55,0
35 a 50 anos	09	45,0
TOTAL	20	100
ESTADO CIVIL		
Casadas	12	60,0
Solteiras	05	25,0
Viúvas	03	15,0
TOTAL	20	100
RAÇA / COR		
NEGRAS	03	15,0
MORENAS	04	20,0
PARDAS	02	10,0
BRANCAS	06	30,0
AMARELAS	05	25,0
TOTAL	20	100
RELIGIÃO		
CATÓLICAS	12	60,0
EVANGÉLICAS	03	15,0
NENHUMA RELIGIÃO	05	25,0
TOTAL	20	100

Faixa etária:

Constatou-se que 11 das 20 mulheres entrevistadas encontram - se com idade entre 20 a 30 anos. Isto faz refletir que a procura por avaliação de saúde ocorre de forma cada vez mais precoce, o que leva a uma melhora significativa na aceitação por parte das mulheres na realização do exame. No entanto, na faixa etária de maior risco, de 35 a 50 anos, observou-se uma importante diminuição da cobertura das mulheres pelo Exame de Papanicolau, concordando assim com a idéia citada por Brunner; Suddarth (2006), quando diz que “o câncer cervical ocorre mais amiúde nas mulheres entre 30 e 45 anos de idade, porém pode ocorrer tão precocemente quanto aos 18 anos”.

O Ministério da Saúde prioriza a faixa etária para a realização do exame de 25 a 60 anos (BRASIL, 2006). Completando essa idéia, Impey (2007) afirma que o exame “deve ser realizado em todas as mulheres, a partir dos 20 anos de idade ou após a primeira relação sexual, se essa for tardia, e repetida a cada 3 anos até os 64 anos de idade”.Por sua vez, Olinda (2006), diz que “toda mulher com mais de 14 anos de idade, ou sexualmente ativa, deveram submeter-se a esse exame anualmente”. No entanto,Conceição (2005) afirma que para atender o objetivo do rastreio,preconiza-se a relação rotineira do tenham iniciado a vida sexual independente da idade.

Em relação ao estado civil contatou-se que a maior parte das mulheres (60%) tinha vínculos familiares estáveis (casada), e o restante encontrava-se nas categorias solteiras e viúvas.

Apesar de não se constituir verdade absoluta que mulheres casadas apresentaram parceiros fixos, podendo possui relações extraconjugais, e a possibilidade das solteiras apresentarem multiplicidades de parceiros ser bem maior isso só contribuirá para o surgimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e para o desenvolvimento de câncer de colo uterino. Pois segundo Brunner; Suddarth (2006), vários parceiros geram o aumento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e possível desencadeador do câncer cérvico-úterino.

Quando se indagou sobre sua etnia, apenas a minoria dsas mulheres (15%) expressou ser negra, a maioria revela ser morena e as demais se consideravam pardas (10%), amarelas (25%) e brancas (30%).

Em relação às mulheres negras, os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS realizado em 1986 mostra um menor acesso em relação ás mulheres brancas à atenção ginecológica. Isso resulta que mulheres negras tem maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas, como é o caso do caso do câncer de colo do útero, que é duas vezes mais frequente em mulheres negras (BRASIL, 2006).

Religião:

De um modo geral quando se perguntou sobre a opção religiosa, á maioria das mulheres referiram ser católicas (60%), enquanto as demais afirmaram ser evangélicas (15%) ou optaram por não seguir nenhuma doutrina religiosa (25%). As inquiridas enfatizaram ainda que a religião não é um instrumento que impeça a realização do exame de colpocitológia oncótica.

Com relação ás características socioeconômicas a tabela 2, mostra que (40,0%) das mulheres trabalhava como empregada domestica, (35,0%) no setor formal e (25,0%) setor informal. Em relação ao estado civil (60,0%) eram casadas,(25,0%) solteiras, (15,0%) viúvas.

Quanto a escolaridade (5,0%) eram alfabetizadas, (75,0%) cursaram o fundamental,e (20,0%) o médio completo. No que diz respeito a localização e residência (90,0%) moram na zona urbana,e (10,0%) na zona rural.Quanto ao numero de filhos (60,0%) tinham ate 02 filhos, e (40,0%)de 03 a 10.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual de 20 mulheres de acordo com as características sócioeconômicas e reprodutivas.U.B.Saúde. Dom Pedro-MA, 2011.

CARACTERISTICAS SOCIOECONÔMICAS E REPRODUTIVAS	F	%
PROFISSÃO		
Empregada domestica Empregada setor formal Empregada setor informal	08 07 05	40,0 35,0 25,0
TOTAL	20	100
ESCOLARIDADE		
Alfabetizadas Fundamental Médio completo	01 15 04	5,0 75,0 20,0
TOTAL	20	100
LOCALIZAÇÃO DE RESIDÊNCIA		
Zona urbana Zona rural	18 02	90,0 10,0
TOTAL	20	100
NÚMERO DE FILHOS		
Até 02 03 a 10	12 08	60,0 40,0
TOTAL	20	100

Em relação à profissão, foi observado que a maioria das mulheres (40%) desenvolve suas atividades diárias no âmbito familiar (do lar), cuidando dos afazeres domésticos. Já (35%) desenvolviam atividades de serviço no setor formal, e a minoria (25%) trabalhavam no setor informal. Vale ressaltar que algumas mulheres relataram ter recebido informações acerca do exame preventivo no seu ambiente de trabalho,acrescentaram ainda que sentem dificuldade em deixarem seus afazeres para se deslocarem ás Unidades de Saúde á procura do exame.

No que diz respeito à escolaridade constatou-se que a maioria (75%) das clientes entrevistadas encontrava-se entre o ensino fundamental e (20,0%) cursou o ensino médio completo, enquanto que (5,0%) eram alfabetizados ou seja teve apenas a oportunidade de aprender a ler e a escrever.

Acredita-se que a baixa escolaridade interfere de forma considerável na detecção precoce do câncer do colo do útero, devido à falta de informação sobre as implicações desta neoplasia na vida das pessoas que são acometidas por ela. No entanto, observou-se que as mulheres entrevistadas que tem menor grau de escolaridade mostraram ter mais conhecimento acerca do tema exposto na pesquisa, em comparação com as demais.

Nota-se, contudo que não basta apenas conhecimento cognitivo sobre o exame ou a doença as que estão susceptíveis, são necessárias também uma maior conscientização da importância do exame e sua ação preventiva (LUCARINE, 2007).

Quanto à zona de residência observou-se que a maioria das clientes (90%) mora na zona urbana e as demais (10%) na zona rural. Com isso levou-se em consideração o difícil acesso que as mulheres da zona rural tem em realizar o exame, devido a falta de transporte e até mesmo, falta de profissionais de saúde naquele local. Em contrapartida, as mulheres da zona urbana informaram ter fácil acesso devido a proximidade de suas casas com a Unidade Básica de Saúde (UBS).

De acordo com o Ministério da Saúde, a dificuldade das mulheres rurais no acesso ás informações e ações de saúde estão relacionadas, dentre outros fatores, as desigualdades das relações de gênero e de trabalho as grandes distancias entre

a residência ou o trabalho e os serviços de saúde, a maior precaridade dos serviços locais e sua pouca sensibilização (BRASIL, 2006).

Em relação ao numero de filhos, constatou-se que a maior parte das mulheres (60%) tinham 2 (dois) filhos, e as demais (40%) entre 3 (três) a 10 (dez). E relataram ainda que só vieram realizar o exame mediante o diagnóstico prévio de gravidez, pois como foi mencionado anteriormente, sempre que as usuária procuram a (UBS), deve ser oferecido a elas o acolhimento humanizado de forma a permitir uma melhor adesão à realização do exame preventivo, como também outros procedimentos.

Complementando essa idéia, o Ministério da Saúde, afirma que “não se deve perder a oportunidade para a realização do exame como rastreamento do câncer do colo do útero e das demais patologias por ele diagnosticadas” (BRASIL, 2006).

Portanto, no momento que a mulher encontra o profissional é de singular importância. É imprescindível que o profissional ofereça informações relevantes sobre a prevenção do câncer e se certifique 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.

Oportunamente, o Ministério da Saúde acrescenta que a incidência de câncer do colo do útero aumenta na medida em que o número de filhos é maior. Além disso, a idade da primeira gestação é também enfocada, uma vez que, as puerpéras que dão a luz com a idade precoce estão mais sujeitas a desenvolver essas doenças do que as que apresentam idade mais adequada a primeira gestação (BRASIL, 2006).

Em relação ao conhecimento prévio das mulheres sobre o exame de papanicolau, pode-se constatar que a maioria (80%) relatou não saber ou não ter recebido nenhum tipo de informação sobre o exame antes de sua realização, pois só fizeram mediante a solicitação médica ou de enfermagem, ou por estarem com algum desconforto pélvico. E apenas a minoria (20%) conhecia algo sobre o exame.

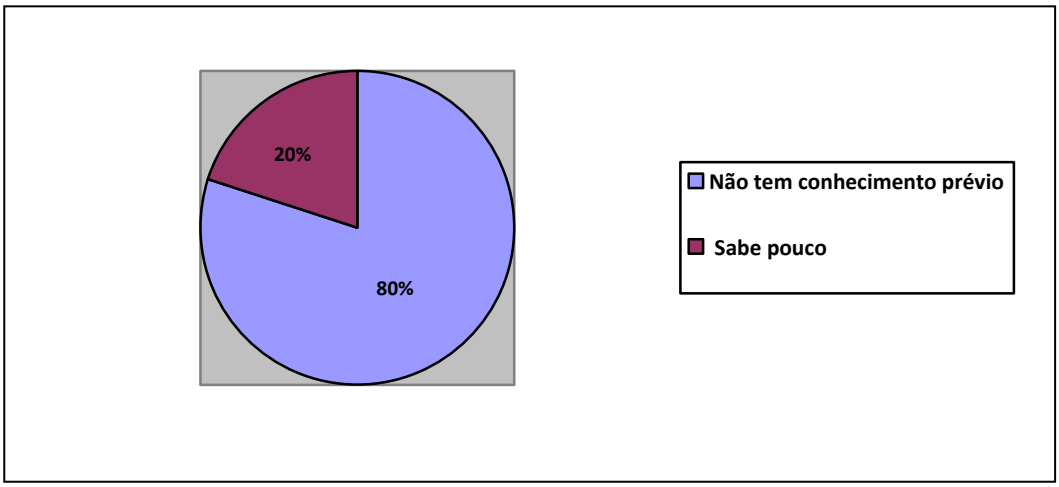

Gráfico 1 - Distribuição percentual de 20 mulheres em relação ao conhecimento prévio sobre o exame de citologia oncotica.U.B.Saúde. Dom Pedro-MA. 2011.

Pode-se inferir que é por meio da educação em saúde, que se possibilita a promoção de saúde. É importante salientar, que a educação nesta área, é uma das formas de levar informação as pessoas, auxiliando-as nas mudanças de comportamento prejudiciais a saúde e em atividades que busquem a qualidade de vida.

Segundo Ferreira (2001), educação é um ato ou efeito de educar, processo de desenvolvimento da capacidade física ainda que o (a) enfermeiro (a) tem um papel fundamental para tal prática, pois, por meio de atividade educativas em saúde, as mulheres não estariam sendo vitimas de seus próprios atos, assim muitos problemas de saúde seriam evitados.

Conforme o gráfico 2, pode-se identificar que a maioria das mulheres entrevistadas (70%) sabia a finalidade do exame, embora não soubessem se expressar claramente. E a minoria (30%), referiram não conhecer a finalidade o que nos mostra que a falta de informação sobre o assunto ainda existe.

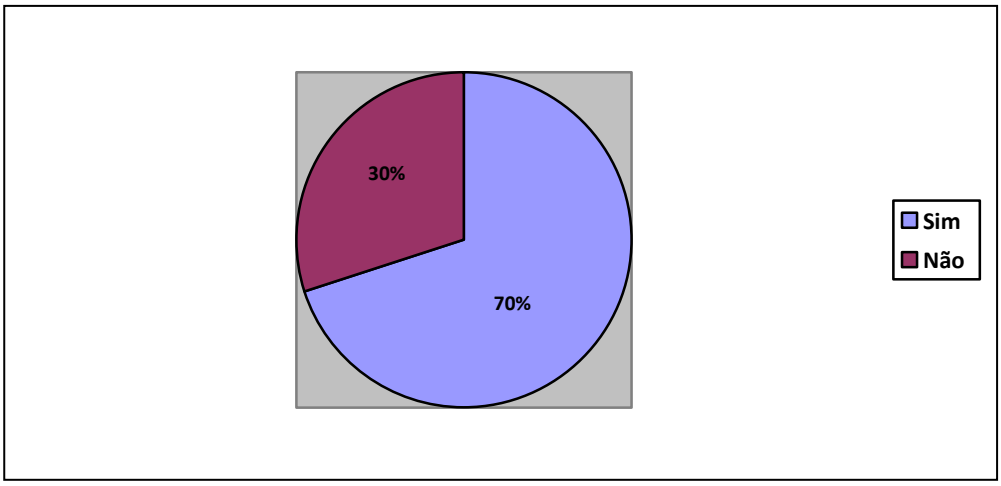

Gráfico 2 - Distribuição percentual das 20 mulheres em relação ao conhecimento sobre a finalidade do exame de citologia oncotica. U.B.Saúde. Dom Pedro-MA. 2011.

A desinformação sobre o assunto pode gerar despreocupação e conseqüente desinteresse pela prevenção, não só do câncer de colo uterino, como também de outras doenças ginecológicas (BRASIL, 2002).

Segundo Freitas (2006), o exame de papanicolau serve para se verificar alterações nas células cervicais. Estas alterações que podem ser detectadas são chamadas de displasia cervical e podem se transformar em câncer se não for detectada e tratada.

No gráfico 3, pode-se observar que a maioria das mulheres durante a pesquisa (90,0%), afirmaram saber a importância do exame preventivo. Enquanto a minoria (10,0%),relataram não conhecer a importância do mesmo.

.

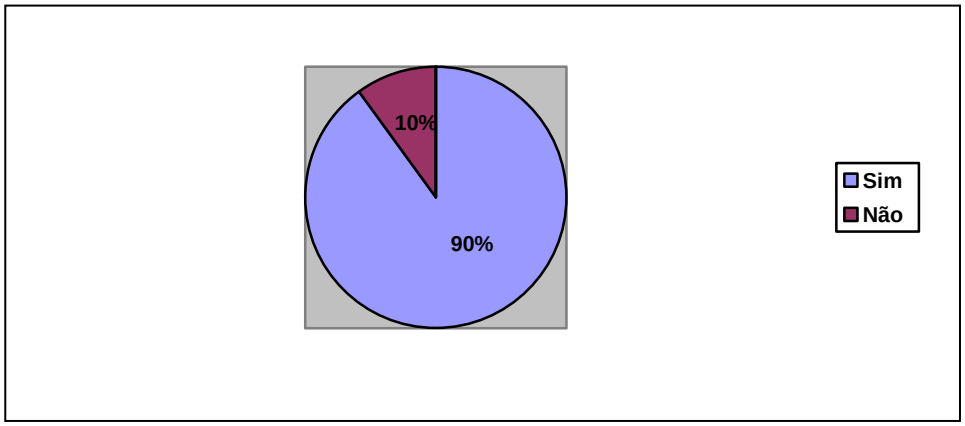

GRÁFICO 3 – Distribuição percentual de 20 mulheres com relação ao conhecimento da importância do exame de citologia oncotica. U.B.Saúde.Dom Pedro-MA.2011.

De acordo com os dados pode-se observar que o fato de se conhecer a importância do exame preventivo facilita a adesão da prática na realização do mesmo, como forma de detecção precoce de algumas patologias, e, não como rotina e/ou controle e prevenção.

É oportuno considerar que a prática do Programa Saúde da Família atualmente, tem contribuído para isso pois não se limita apenas a tratamento de doenças, mas participam ativamente das ações de prevenção e detecção precoce, na qual as atividades educativas são de alta relevância e é parte integrante do atendimento da enfermagem.

No gráfico 4 em relação a facilidade na realização do exame, constatou-se que grande parte das entrevistadas (60,0%), só realizavam o mesmo mediante desconforto pélvico, como: Dor no baixo ventre, leúcorreia, prurido, dentre outros. Enquanto que (25%) das mulheres relataram que a solicitação do exame pelo profissional médico ou enfermeiro facilita sua adesão. Outros (10,0%), afirmaram que o fato do exame ser gratuito, facilita e muito a sua realização, principalmente para àquelas mulheres de baixa renda. E ainda outros 5%, apontaram como

facilidade, o fato de ter o agente de saúde para marcar o exame e também a proximidade a UBS (Unidade Básica de Saúde).

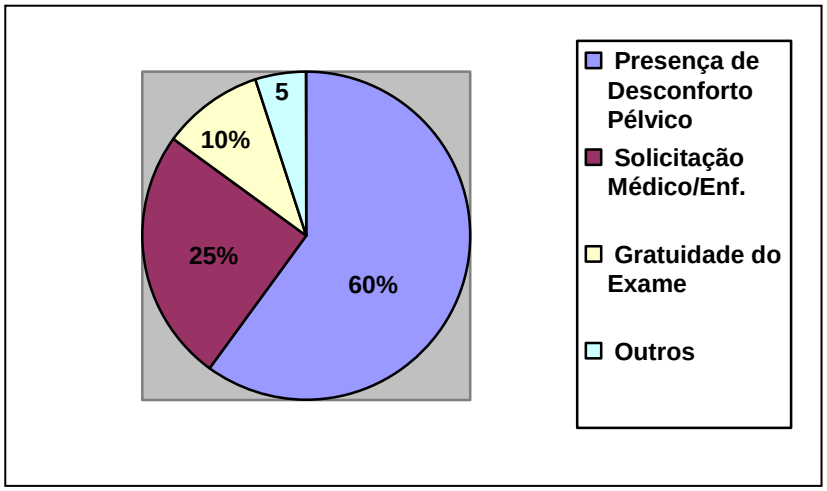

Gráfico 4 – Distribuição percentual das 20 mulheres com relação a facilidade na realização do exame de citologia oncotica..U.B.Saúde. Dom Pedro-MA, 2011.

Percebeu-se que há uma certa influência por parte dos profissionais da área de saúde em algumas mulheres, onde suas orientações e/ou indicações par realização do exame são acatadas com maior facilidade, demonstrando a existência de uma cultura médica nas decisões destas mulheres sobre a sua saúde (LUCARINI; CAMPOS, 2007).

De acordo com o gráfico 5, observou-se que (40%) das mulheres, apontou como principal dificuldade para realizar o exam e, o gênero do profissional; (25%), relatou como dificuldade a falta de dinheiro para locomover-se até a UBS; Ainda (5,0%)apontaram a objeção do companheiro como empecilho; e os (35,0%), alegaram outros motivos dentre eles:vergonha e falta de tempo para a realização do mesmo.

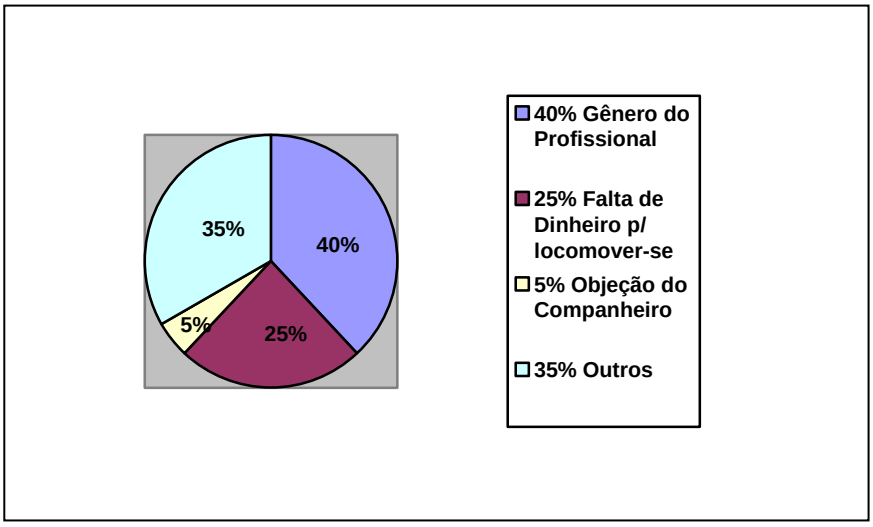

Gráfico 5 - Distribuição percentual das 20 mulheres com relação aos fatores que dificultam a realização do exame de citologia oncotica. U.B.Saúde. Dom Pedro-MA.2011.

Observou-se no transcorrer das entrevistas, a real falta de conhecimento sobre a doença e o exame no sentido de prevenção por parte dessas mulheres, dando importância ao exame apenas como forma de detecção.

Isso é justificado pela ênfase dada ao risco da não realização da colpo citologia em vez do beneficio da ação, gerando ou reforçado sentimento de medo em relação ao câncer, que pode provocar tanto um, efeito propulsor ou restritivo à mulher ao realizar o exame pelo medo de sentir dor ou de receber um resultado positivo (FERNANDES; NARCHI, 2007). Afirmam ainda que esses fatores estão relacionados ao nível de desenvolvimento socioeconômico do país; á existência de políticas pú blicas efetivas em saúde e a distribuição de recursos financeiros destinados a essa área; outros fatores são a condição e posição social da mulher; as desigualdades nas relações sociais e de gêneros, raça, classe social, geração entre outros, e seus impactos na saúde;os valores culturais e normas sociais sobre o corpo a sexualidade; e a reprodução.

E vale ressaltar a falta de atenção que muitos profissionais de saúde dão às queixas relatadas pelos pacientes, alguns preferem procurar um profissional de confiança, mesmo que, para isso tenham que dedicar mais tempo para o deslocamento e a espera ou mesmo pagar.

No gráfico 6, o grande percentual das entrevistadas (50,0%) prefere realizar o exame com profissionais do gênero feminino, alegando que sente vergonha e medo de realizar o exame com profissional do sexo masculino; já (20,0%) relata preferir o sexo masculino, alegando que os mesmos são mais atenciosos e cuidadosos; e para outra parte das entrevistadas (30,0%) afirmaram que o gênero não faz diferença, alegando que ambos tem o mesmo conhecimento.

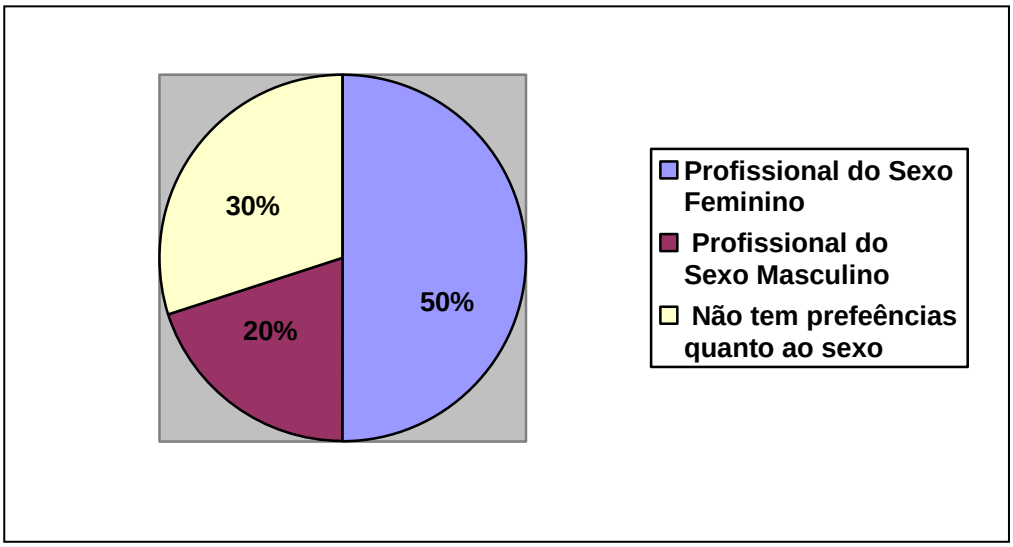

Gráfico 6 - Distribuição percentual das 20 mulheres com relação ao gênero do profissional para a realização do exame de citologia oncotica. U.B.Saúde. Dom Pedro-MA, 2011.

Observou-se que algumas mulheres indiferente do gênero, consideram que o mais importante é o elo criado entre profissional - paciente e a confiança estabelecida entre eles. A questão do constrangimento de ser atendida por um profissional do sexo oposto ainda é um tabu (LUCARINI; CAMPOS, 2007).

Em relação ao gráfico 7, quanto aos fatores predisponentes ao desenvolvimento do câncer, considerou-se interessante abordar sobre o inicio das atividades sexuais dessas mulheres. Assim sendo pode-se observar que a maioria das entrevistadas iniciou suas atividades sexuais muito cedo, entre doze e dezoito anos (80,0%);

enquanto que a minoria (20,0%) iniciou sua vida sexual acima dos dezoito anos.

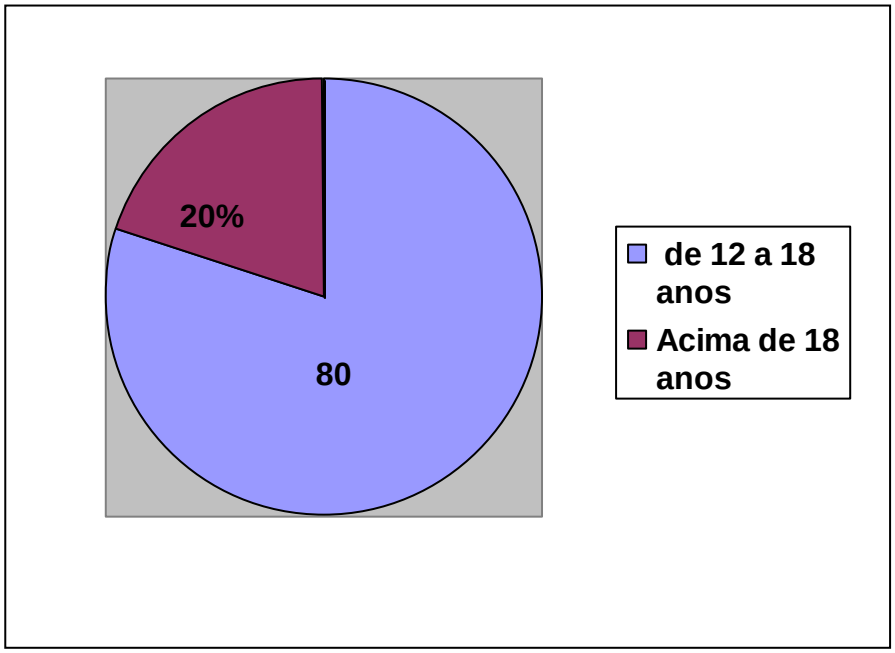

Gráfico 07 – Distribuição percentual das 20 mulheres com relação ao inicio da atividade sexual.U.B.Saúde.Dom Pedro-MA.2011.

O fato da relação sexual ocorrer muito cedo é preocupante, pois segundo, Xavier (1998), o inicio precoce das atividades sexuais é um fator predisponente ao câncer do colo uterino. Por sua vez, o Ministério da Saúde esclarece que o rastreamento de mulheres consideradas de risco é fundamental para reduzir a prevalência da doença e consequentemente a incidência. O inicio precoce da atividade sexual por volta dos dezoitos anos ou menor, é um fator de risco característico para o surgimento do câncer de colo do útero, visto que, nessa faixa etária, as células cervicais são altamente sensíveis e mais passíveis a alterações (BRASIL, 2006).

Segundo os dados observados no gráfico 8, notificou-se que (35,0%) afirmaram ter historia de câncer na família e todos são de colo do útero; outra parte (50,0%) nunca teve historia de algum câncer na família; Já (15,0%), não souberam responder.

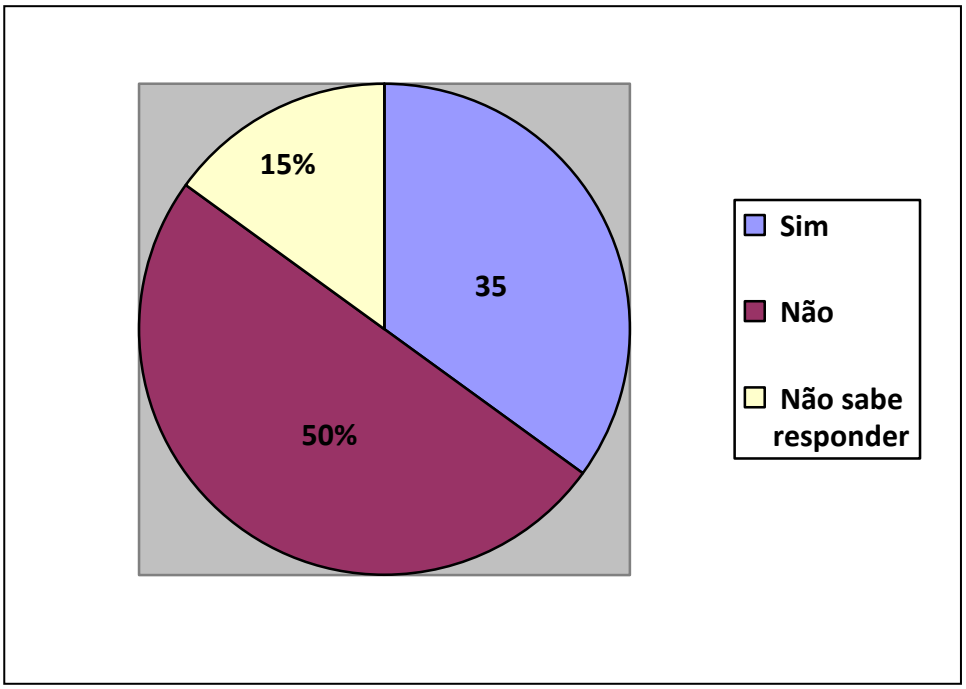

Gráfico 8 – Distribuição percentual das 20 mulheres com relação a antecedentes familiares para o câncer. U.B.Saúde. Dom Pedro-MA, 2011.

Pelo fato de boa parte das entrevistadas já terem tido historia de câncer na família às mesmas se preocupam em realizar o exame de Papanicolau, por causa da ocorrência de mortes em sua família. Sabe-se que as mulheres com antecedentes de câncer na família tem mais chances, ou seja, mais riscos de desenvolver a patologia.

Os Antecedentes familiares determinam as chances de uma mulher vir a desenvolver o câncer de colo uterino (PINTO, 2007).

De acordo com o gráfico 9, conclui-se que uma minoria (20,0%) das mulheres tinha certa preocupação em realizar o exame de prevenção periodicamente, pelo fato das mesmas já terem contraído algum tipo de DST's; e a maioria (80,0%) nunca teve nenhum tipo.

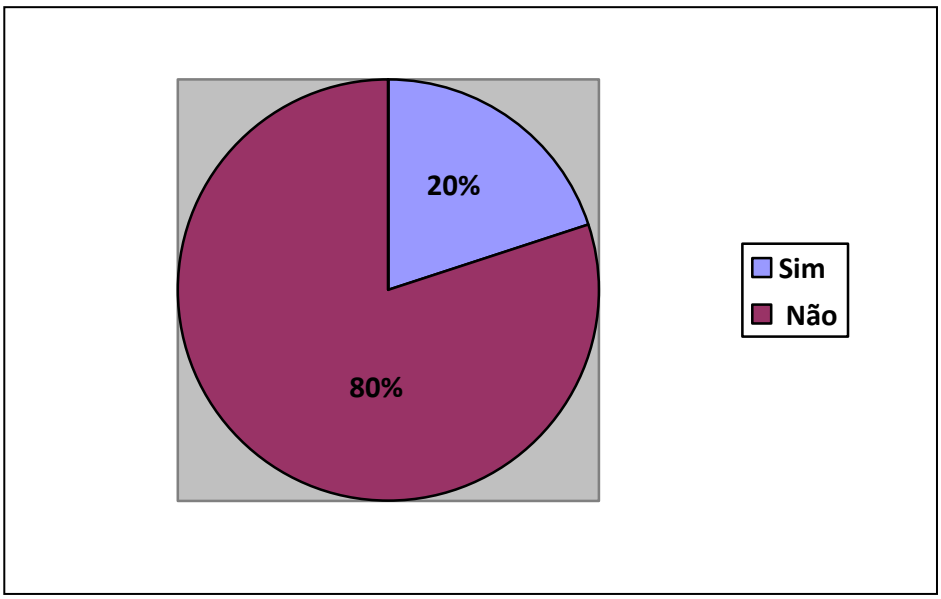

Gráfico 9 - Distribuição percentual das 20 mulheres estudadas com relação a presença de DST'S. U.B.Saúde. Dom Pedro-MA. 2011.

A infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) tem sido associada diretamente com o câncer de colo do útero. Segundo o Ministério da Saúde, mulheres com DST apresentam lesões precursoras do câncer do colo de útero cinco vezes mais frequentemente do que aquelas que procuram outros serviços médicos. Portanto, essas mulheres têm maior risco para câncer do colo do útero, principalmente se houver infecção pelo HPV (Papilomavirus Humano). É razoável que mulheres com DST 's sejam submetidas a citopatologia mais freqüentemente, pelo maior risco de serem portadoras de câncer do colo do útero ou seus precursores (BRASIL, 2006).

No gráfico 10, pode-se observar que (50%), das mulheres afirmaram realizar o exame de citologia duas vezes ao ano; outras (30%) anualmente, e a minoria (20%), três vezes ou mais ao ano. Porém percebeu-se, subjetivamente, que as mesmas não estavam sendo fiéis nas suas respostas.

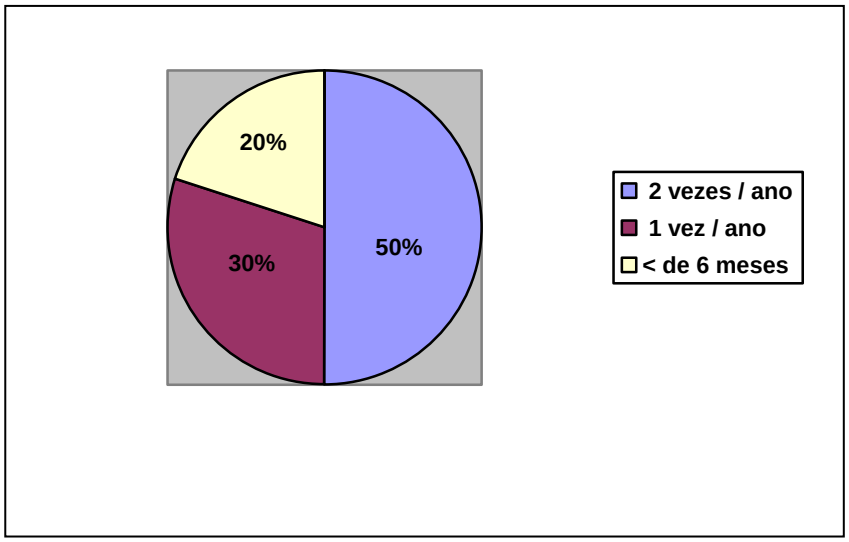

Gráfico 10 - Distribuição percentual de 20 mulheres com relação a periodicidade de exame de citologia oncotica.U.B.Saúde.Dom Pedro-MA, 2011.

Caso seja verdade, esta informação revela que a periodicidade para realização do exame está de acordo com o que é recomendado pelo Ministério da Saúde, o qual afirma que o exame de citologia oncótica deve ser realizado uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos (BRASIL, 2006).

Por outro lado, Conceição (2005), afirma que a periodicidade com que o exame deve ser repetido está em função do resultado do último exame realizado. Assim, pacientes que apresentem citologia normal ou negativa devem repetir o

exame anualmente. No acompanhamento de pacientes com alterações citológicas indicativa de lesão neoplásicas este intervalo passa para quatro a seis meses. A ênfase dada a periodicidade na realidade do exame se deve ao fato de haver possibilidade da detecção precoce de doenças no colo uterino que ao serem curadas podem evitar o aparecimento de células cancerígenas.

6 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, chegou - se as seguintes conclusões:

a) A maioria das mulheres estudadas encontrava-se na faixa etária de 20 a 30 anos e casadas.

b) A maioria das entrevistadas era de cor branca e católicas;

c) Observou-se que a maior parte das mulheres trabalha como empregada domestica e cursaram o ensino fundamental e médio completo;

d) A maioria das mulheres estudadas reside na zona urbana e possui ate 2 filhos;

e) Observou-se que a maioria das mulheres não tinha conhecimento prévio sobre o exame de papanicolau;

f) Grande parte das mulheres estudadas não conhecem a finalidade do exame de citologia oncotica;

g) A grande maioria das pesquisadas conhecem a importância da realização do exame;

h) A maioria das mulheres estudadas apontaram como facilidade para realizar o exame a presença de algum desconforto pélvico e como dificuldade o gênero do profissional;

i) Observou-se que a maioria das mulheres iniciou sua atividade sexual entre os 12 e 18 anos;

j) A maior parte das pesquisadas não tinha antecedentes familiares de câncer e nunca teve nenhum tipo de DST' s.

l) A maioria das mulheres pesquisadas relata realizar o exame de citologia oncotica 2 vezes ao ano;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das principais prioridades do sistema de saúde deve ser a de aumentar a porcentagem de exame citológico e de investir em investigações que melhorem a tecnologia para detecção do câncer cervical. Quanto mais cedo se incentiva as mulheres a buscarem ajuda profissional maior probabilidade de se ter tratamentos mais efetivos.

Nesse estudo foi verificado a necessidade de repasse de informação sobre o exame preventivo, de maneira personalizada para cada cliente, quanto a intervenção do exame. Pois, percebeu-se déficit de informação acerca da realização do exame ou pouca apreensão das mulheres pelas informações transmitidas.

Entende-se que algumas ações específicas poderiam ser viabilizadas no sentido de implementar a resolutividade do atendimento. A orientação à mulher, capacitando-a compreender a importância da prevenção do câncer do colo do útero, a maior interação profissional-paciente e a operacionalização do serviço seriam alavancas úteis para a superação desse problema.

Em relação á mulher, pode se inferir que a mesma, ao sair do serviço de atendimento bem orientada, ela não somente retornará para receber o seu resultado, como se transformará em um agente multiplicador em sua comunidade, ressaltando ainda que os problemas gerais de saúde das mulheres podem estar associados à cultura de que as mesmas só mereciam ser assistidas como alguém que procria vetando o direito de cuidar da saúde de forma abrangente e integral.

Quanto ao profissional de saúde, para que ele seja apto pra atuar, deve ter uma boa interação com a clientela, e exerça seu primordial papel de educador, é essencial que o mesmo receba constante incentivo e capacitação. O profissional engajado em suas atividades e que acredita em mudanças positivas será um agente transformador e efetivamente propiciará a prevenção de doenças, promovendo a saúde.

Quanto ao serviço, entende-se que todos aqueles que, direta ou indiretamente, oferecem atendimento à mulher, deve ser encorajados a constante reavaliação e reorganização do seu desempenho. O enfermeiro comprometido com a promoção

da saúde e que acredita no poder transformador da educação, contribuirá muitíssimo para solução desse problema.

Portanto, o exame de colpocitologia oncótica é de fundamental importância para todas as mulheres, pois, além da prevenção e detecção precoce do câncer ginecológico, torna-se um procedimento indispensável aos programas de planejamento familiar, pré-natal, atendimento a patologias obstétricas e doenças sexualmente transmissíveis.

Dentre as iniciativas que devem ser tomadas no sentido de alertar quanto à prevenção do câncer de colo do útero, encontra-se a importância de se reforçar que a informação e a orientação são fundamentais como forma de recrutar a população para a realização.

Espera-se que a divulgação dos resultados desta pesquisa possa trazer contribuição às reflexões entre os profissionais de saúde e a comunidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. **Educação em saúde:** conceito e breve histórico. Disponível em: <http//www.scielo.br/pdf/icsev9n16v9n16a04.pdf> Acesso em: 2 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____._____. **Prevenção do colo do Útero**: (manual técnico).

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____ . _____.**Coleta do papanicolau e ensino do auto-exame da mama**: manual de procedimentos técnicos e administrativos. 2.ed.rev. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Secretária de Saúde do Estado de São Paulo, 2004.

_____._____. Instituto Nacional do Câncer. **O que é Câncer ?** 1996. Disponível em: <http://www.inca.org.br/conteudo-viwe.asp>.Acesso em: 20 de nov. 2009.

BRASILEIRO FILHO, Geraldo. **Bogliolo patologia geral**. 3. ed.Rio de Janeiro :Guanabara koogan, 2004.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico – cirúrgico**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, v.1,3.

CRUZ, Andréia Porto da. **Curso didático de enfermagem**: modulo 1. São Caetano do Sul, SP: Yendes, 2005.

CONCEIÇÃO, José Carlos. **Ginecologia Fundamental**. São Paulo: Atheneu, 2005.

DAHLKE, Rudiger; DAHLKE, Margit; ZANH,Volker. **A saúde da mulher significa interpretação e perspectiva das doenças femininas**. São Paulo: Cultrine, 2005.

DANGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlos Américo, **Anatomia básica dos sistemas orgânicos.** São Paulo: Atheneu , 2002.

DIAS, Reinaldo. **Fundamentos de Sociologia Geral.** Campinas, SP: Alínea, 2006.

FERNANDES, Rosa Áurea Quintella: NARCHI, Nádia Zanon.**Enfermagem em saúde da mulher**.São Paulo: Manole, 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **O Minidicionario da Língua Portuguesa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2004.

FREITAS, Fernandes. **Rotinas em ginecologia**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

IMPEY, Lawrence. **Obstetrícia e ginecologia**. São Paulo: Tecmedd, 2007.

KURY, Adriano da gama. **Minidicionário Gama Kury da Língua Portuguesa**. São Paulo: FTD, 2001.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia cientifica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

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

LUCARINI, Ana Carolina Bianchini da Silva; CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Análise dos aspectos culturais que permeiam a realização do exame de citologia oncótica**. Revista nurhsing ,São Paulo, v.10,n. 111, 2007.

MARTINS, Joaquim Carlos Barcelos. **Ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Exame de papanicolau ou citologia oncótica.** Setembro, 2008. Disponível em :< HTTP://www.abc.med/index.pl >saúde da mulher. Acesso em: 2 fevereiro. 2010.

OLINDA, Marcos Lomba. **Ginecologia, obstetrícia, DST's / AIDS e enfermagem materno – infantil**: saúde total. São Paulo: Grupo Universo, 2006

PINOTTI, José Arestoclerno ; FONSECA , Ângela Maggio da . **Saúde da mulher.** São Paulo: Contexto, 1998.

PINTO, IC; OLIVEIRA, M.M. de. **Percepção das usuárias sobre as ações de câncer do colo do útero na Estratégia de Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo**. Brasil. Revista Brasileira Saúde Materna Infantil. v. 7. n° 1. Recife. Jan/ Mar 2007.

TORRES, Leydiana Costa. **As perspectivas das mulheres na realização da citologia oncótica**. 2006.45 f. Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade de Odontologia e Enfermagem, Universidade Estadual do Piauí, Parnaíba, 2006.

XAVIER, Nelton Leite. **Manual de ginecologia**.Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

APÊNDICES

Apêndice A - Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMILIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1) Nome: _____
2) Idade: _____
3) Profissão: _____
4) Religião: _____

5) Escolaridade:

( ) Analfabeta ( ) Ensino fundamental incompleto

( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto

( ) Ensino médio completo ( ) Superior incompleto

( ) Superior completo

6) Estado Civil:

( ) Casada ( ) Solteira ( ) Viúva ( ) Outras

7) Raça/Cor:

8) Zona de Residência:

( ) Zona rural ( ) Zona urbana

9) Quando iniciou atividade sexual?

10) Número de filhos?

11) Você já conhecia o exame preventivo?

12) Você sabe qual a finalidade do exame preventivo?

13) Você acha que a realização do exame preventivo é importante?

14) Fatores que facilitam ou dificultam a realização do exame?

15) Qual a sua preferência em relação ao gênero do profissional para fazer o exame? porque?

( ) Masculino ( ) Feminino

16) Na sua família já houve algum caso de câncer de colo do útero?

17) Você já teve alguma DST' ?

( ) Sim ( ) Não

18) Pratica relacionada ao exame?

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm
End: Rua L Quadra 22 Casa 08 Parque Atenas CEP: 65.072-510 São Luís-MA Fone: (98) 3246-1194
e-mail: rosemary@institutolaboro.com.br
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira. End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadora: Thamires Maria de Amorim Correia

Citologia Oncótica: ASPECTOS INTERVENIENTES NA PRÁTICA, ENTRE MULHERES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE, EM DOM PEDRO-MA.

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa a respeito da Citologia Onotica: Aspectos intervenientes na prática, entre mulheres. Para isso, preciso fazer algumas perguntas para a Sra. que ajudarão a conhecer os aspectos intervenientes sobre o referido assunto em Dom Pedro- MA. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sra. quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A Sra. poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil sócio-demográfico, fatores que facilitam ou dificultam a adesão ao exame, dentre outros. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal da Sra. não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Dom Pedro ___/___/___

_____ _____

Assinatura e carimbo do Pesquisador responsável

Sujeito da pesquisa

Unidade de Atenção Básica Alarico Pacheco
Av. Gonçalves Dias,S/N. Dom Pedro- MA