

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

**DANIELA SILVA ANDRADE
KELMA MARIA CHAVES BATALHA**

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE MULHERES SOBRE O EXAME PREVENTIVO
DE CÂNCER DO COLO UTERINO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA
CIDADE DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR – MA**

São Luís
2008

**DANIELA SILVA ANDRADE
KELMA MARIA CHAVES BATALHA**

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE MULHERES SOBRE O EXAME PREVENTIVO
DE CÂNCER DO COLO UTERINO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA
CIDADE DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR – MA**

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

Orientadora: Prof^a. Msc. Rosemary Ribeiro Lindholm.

São Luís
2008

**DANIELA SILVA ANDRADE
KELMA MARIA CHAVES BATALHA**

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE MULHERES SOBRE O EXAME PREVENTIVO
DE CÂNCER DO COLO UTERINO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA
CIDADE DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR – MA**

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

Orientadora: Prof^a. Msc. Rosemary Ribeiro Lindholm.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Msc. Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Giselle Martins Venâncio
Doutora em História
Universidade do Rio de Janeiro

A Deus, pelo dom da vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, gratas somos pelas suas muitas bênçãos.

Às nossas famílias pela devoção e pela demonstração de amor.

A Secretária de Saúde da Cidade de São José de Ribamar-MA, cuja imprescindível colaboração para realização da pesquisa foi muito importante.

À orientadora e professora, Prof^a. Rosemary Ribeiro Lindholm., pela orientação segura, pelo incentivo constante e por sua competência no nosso acompanhamento.

A todos os demais professores, colegas e funcionários que direto ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

“E ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria.”

(I Coríntios 13.2b)

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritiva quantitativa, desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São José de Ribamar/MA, com o objetivo de: identificar o conhecimento e prática de mulheres sobre o exame preventivo de câncer do colo uterino, conhecer o perfil demográfico, sócio-cultural, ginecológico e obstétrico, conhecimento quanto à importância, frequência, prática, bem como seus cuidados antes de realizá-lo. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário aplicado uma única vez e individualmente no consultório de enfermagem antes da realização do exame Papanicolaou. Foram entrevistadas 48 mulheres que buscaram a Unidade de Saúde no mês de junho de 2008. Os resultados mostram que dentre as pesquisadas houve maior adesão de mulheres com faixa etária de 20- 30 anos. Quanto à ocupação maioria são do lar. A maioria das mulheres apresentou grau abaixo do ensino médio. Possuía em sua maioria renda mensal entre um e dois salários mínimos. Os resultados mostram que em geral as mulheres conhecem a finalidade do exame e apresentam conhecimento satisfatório sobre os cuidados antes do exame preventivo. Mesmo assim, considerou-se relevante a educação permanente em saúde, atividades educativas junto às mulheres, e ao mesmo tempo divulgar os fatores de risco no desenvolvimento do câncer cérvico-uterino e a importância da realização periódica do exame preventivo. Desta forma, será possível reduzir a taxa de ocorrência do câncer do colo uterino.

Palavras-chave: Exame preventivo. Saúde da Mulher. Câncer do colo uterino.

ABSTRACT

This quantity descriptive research was developed in a Health Basic Institution in São José de Ribamar/MA city, aiming at: identify the knowledge and women's practice about the preventive exam of uterine lap cancer, know about the demography profile, social-cultural, gynecology and obstetrics, knowledge about the importance, frequency, practice, thus their diligences before realize them. For the companionable information was used a questionnaire applied only one time and in a individual way at the Nurse's Consulting room before the accomplishment of Papanicolau exam. Forty – eight women were interviewed in the Health Institution in June month in 2008. The results revealed that among the interviewers increased the women's adhesion with the age 20-30 years old. About the occupation, most of them were housewomen. Most of women presented degree below the High School. They had in majority, month income between one and two minimum salaries. The results revealed that in general, women knew the finality of the exam and they had knowledge in a satisfactory way about the precaution before the preventive exam. Even so, was considered the permanent education in health, educative activities for women, and at the same time spread the risk factors in the development of the cervic-uterine cancer and reveal the importance of realize the preventive exam in a periodic way. So, it will be possible to reduce the occurrence of the Uterine lap cancer.

Key Words: Preventive Exam. Women's Health. Uterine lap cancer.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	p.
Gráfico 1 – Distribuição percentual e numérica de mulheres que foram submetidas ao exame preventivo, quanto à faixa etária, São José de Ribamar – Ma, 2008.....	20
Tabela 1 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto à ocupação. São José de Ribamar – Ma, 2008.....	21
Gráfico 2 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto à escolaridade. São José de Ribamar-MA, 2008.....	22
Gráfico 3 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto à renda familiar. São José de Ribamar-MA, 2008.....	23
Gráfico 4 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto à situação conjugal. São José de Ribamar – MA, 2008.....	23
Gráfico 5 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto ao início da menarca. São José de Ribamar – MA, 2008.....	24
Gráfico 6 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto à idade da iniciação da vida sexual. São José de Ribamar – MA, 2008.....	25
Tabela 2 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, segundo as variáveis obstétricas. São José de Ribamar – MA, 2008.....	25
Gráfico 7 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto à frequência com que as mulheres realizam o exame de Papanicolaou. São José de Ribamar – MA, 2008.....	27
Gráfico 8 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto ao conhecimento prévio sobre os cuidados necessários para a realização do exame de Papanicolaou. São José de Ribamar – MA, 2008.....	28
Gráfico 9 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto o conhecimento prévio sobre a finalidade do exame preventivo. São José de Ribamar – MA, 2008.....	29
Gráfico 10 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto ao número de parceiros. São José de Ribamar – MA, 2008.....	30
Gráfico 11 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto à primeira fonte de informação para a realização do exame de Papanicolaou. São José de Ribamar – MA, 2008.....	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	p. 11
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	METODOLOGIA	18
3.1	Tipo de estudo	18
3.2	Local de estudo	18
3.3	Amostra	18
3.4	Coleta e análise dos dados	19
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5	CONCLUSÃO	32
	REFERÊNCIAS	34
	APÊNDICES	38

1 INTRODUÇÃO

Câncer é um conjunto de mais de 100 doenças, que tem o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos, podendo ocorrer metástase. Estas células dividem-se rapidamente tornando-se incontroláveis, o que determina a formação de tumores ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida. (INCA, 2008).

O câncer cérvico-uterino é a doença crônico-degenerativa mais temida, em virtude do seu alto grau de letalidade e morbidade, apresentando possibilidade de cura se for diagnosticada precocemente. Ainda é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, pois alcança altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de estratos sociais e econômicos mais baixos e que se encontram em plena fase produtiva. (BRASIL, 2005).

A evolução do câncer de colo uterino, na maioria dos casos, acontece de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de cura pela prevenção. A incidência desse tipo de câncer ocorre na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta à medida que se atinge a faixa etária de 45 a 49 anos. Na América Latina e no Sudeste Asiático, as taxas de incidência são geralmente altas, enquanto que na América do Norte, Austrália, Norte e Oeste Europeus são consideradas baixas. (BRASIL, 2005).

Tido como afecção progressiva é caracterizada por alterações intraepiteliais cervicais, que pode se desenvolver para um estágio invasivo ao longo de uma a duas décadas. Possuindo etapas bem definidas e de lenta evolução, o câncer de colo de útero permite a sua interrupção a partir de um diagnóstico precoce e tratamento oportuno a custos reduzidos. Medidas de prevenção consideradas de suma importância envolvem o rastreamento de lesões na população sintomática e assintomática, identificando o grau das mesmas e o tratamento adequado. (DEROSSI et al., 2001).

Freitas et al. (1997) afirmam que Stegner, em 1979, classificou as alterações pré-invasoras de colo como displasias leves, moderadas e graves, de

acordo com o grau de comprometimento do epitélio, enquanto que Richardt acreditava serem essas lesões um contínuo evolutivo em direção ao câncer-invasor, reclassificando-as em neoplasias intra-epitelial cervical grau I (NIC I), neoplasia intra-epitelial cervical grau II (NIC II) e neoplasia intra-epitelial cervical grau III(NIC III), que corresponde à displasia acentuada e carcinoma *in situ*.

Segundo Ministério da Saúde (MS), em 2006, quando a desordenação ocorre nas camadas mais basais do epitélio estratificado, estamos diante de uma Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau I – NIC I – Baixo Grau (anormalidades de epitélio no 1/3 proximal da membrana). Se a desordenação avança 2/3 proximais da membrana estamos diante de uma Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau II – Alto Grau. Na neoplasia Intra-epitelial Cervical III-NIC III – Alto Grau, o desarranjo é observado em todas as camadas, sem romper a membrana basal.

Os estudos têm demonstrado que, na ausência de tratamento, o tempo mediano em entre a detecção de HPV, NIC I e o desenvolvimento de carcinoma *in situ* é de 58 meses, enquanto para NIC II esse tempo é de 38 meses e, para NIC III, de 12 meses. Em geral, estima-se que a maior parte das lesões de baixo grau regredirá espontaneamente, enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de 10 anos. (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) assinala os fatores sociais, ambientais e hábitos de vida como os de maior incidência para essa patologia, destacando-se as baixas condições sócio-econômicas, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, tabagismo, precárias condições de higiene e uso prolongado de contraceptivos orais. Outro fator de risco de grande significância é a história de doenças sexualmente transmissíveis (DST), principalmente na exposição ao vírus papiloma humano (HPV), cujos estudos vêm demonstrando papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerígenas. Estando o HPV presente em 99% dos casos de câncer de colo de útero, a idade é tida como fator de risco, sendo a faixa etária de maior incidência a de 35-49 anos de idade, com destaque para aquelas mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolaou. (INCA, 1996).

Prevenir é se antecipar ao acontecimento, impedindo que um fato ocorra ou mesmo que tenha continuidade, portanto a atitude preventiva ao câncer cérvico-uterino deve ser abrangente, a fim de evitar o processo de cancerização ou mesmo

a interrupção da evolução de uma lesão pré-maligna, para isso utilizando de todos os recursos diagnósticos disponíveis. (SILVEIRA, 1989).

A prevenção do câncer cérvico-uterino se baseia essencialmente no rastreamento (*screening*) na população, no diagnóstico preciso do grau da lesão e no tratamento adequado, sendo que a população a ser rastreada constitui-se em todas as mulheres que apresentam probabilidade de ter lesões pré-cancerosas detectáveis pelo exame pelo exame citológico. (REIS et al., 1992).

Segundo o MS 2000, o exame preventivo do processo carcinogênico ocorrido no colo do útero, é popularmente conhecido como Papanicolaou, é um exame indolor, eficaz e, em virtude de sua simplicidade, eficácia, baixo custo, validade e aceitação, têm merecido grande apoio não só dos profissionais da área médica, mas também da própria população. (HASS et al., 1996). Sua realização periódica contribui para reduzir em até 70% a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco. (CESAR et al., 2003).

Quando incorporado na rotina da vida adulta, o exame Papanicolaou tem forte influência na redução da incidência do câncer de colo uterino e da morbimortalidade de suas portadoras. Para tanto, o MS preconiza que toda mulher dos 25 aos 59 anos de idade, ou antes, se já iniciou a vida sexual, deve se submeter ao exame preventivo com periodicidade anual, inicialmente. Após dois exames consecutivos com resultados negativo para displasia ou neoplasia do colo de útero, este adquire periodicidade trianual. Segundo estudos realizados, após resultado negativo, o risco cumulativo de desenvolver a referida patologia é bastante reduzido, mantendo tal redução nos cinco anos subseqüentes. (INCA, 1996).

No entanto, 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. (FREITAS et al., 1998).

Apesar de o Brasil ter sido um dos pioneiros na introdução do exame de Papanicolaou, o percentual de mulheres que buscam este exame ainda é muito reduzido. Tendo em vista que sua cobertura não ultrapassa 8% das mesmas com idade superior a 20 anos. Este fato fere as recomendações da OMS, que estabelece uma cobertura de 85% da população feminina de risco, obtendo-se dessa forma, um

impacto epidemiológico com redução das taxas de mortalidade em até 90%. (INCA, 1996).

Através de políticas sociais, o governo do Brasil, tem se empenhado no quadro de implementação de programas de assistência à saúde da mulher. Como resultado dessas políticas sociais, podemos citar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o processo de implantação e implementação na década de 90. (BRITO et al., 2007).

Desde 1986, o PAISM preconiza a prevenção do câncer do colo do útero como umas das ações básicas na assistência prestada à mulher, obedecendo a estratégia de prevenção primária com a correção de alguns fatores de risco e prevenção secundária, baseada na citologia oncótica, e reforçada pelo SUS – Sistema Único de Saúde. (SANTOS, 1999).

O PAISM veio constituir um conjunto de princípios e diretrizes destinados a orientar toda a assistência ofertada às mulheres, nas suas necessidades e demandas específicas, não somente do processo reprodutivo, mas voltadas à promoção da saúde das mulheres e não apenas à saúde de seus filhos. Para Formiga, em 1999, é uma das mais importantes políticas públicas na área da saúde, por estabelecer em suas linhas de ação e estratégias, um modelo assistencial integral e equitativo. Em seu arcabouço, eram pautadas ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo uterino e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

As diretrizes gerais do PAISM estabeleciam, também, a exigência de uma nova atitude de trabalho da equipe de saúde, em face do conceito de integralidade na atenção, além de pressupor uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas, de forma que a clientela pudesse apropriar-se dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde. (BRASIL, 1984).

Iniciado em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um projeto dinamizador do SUS condicionado pela evolução histórica e organização do Sistema de Saúde no Brasil, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A ESF está estruturada por uma equipe de saúde que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área

geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. (BRASIL, 2008).

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social, mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde. (BRASIL, 2008).

No que se refere à prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino, o médico e o enfermeiro tem um papel de fundamental importância, uma vez que é de sua competência a consulta ginecológica bem com a realização de programas educacionais voltados para o auto-cuidado, realização do auto exame das mamas, e do exame Papanicolaou ambos de fundamental importância para prevenção do câncer. Sendo de responsabilidade do profissional, alertar a comunidade sobre os comportamentos e fatores de risco relacionados à saúde, bem como riscos associados ao desenvolvimento do câncer e métodos de rastreamento de detecção precoce. (SMELTZER; BARE, 1999).

Estudos realizados por especialista revelam que as campanhas de prevenção e/ou detecção precoce do câncer de colo uterino não têm sido bem sucedida, sabendo-se que esse tipo de câncer continua a se constituir uma séria ameaça para a população feminina brasileira. Diversas causas podem ser apontadas para explicar esse fenômeno, como por exemplo: dificuldade em acessar os serviços de saúde para a realização do exame de Papanicolaou, a demanda reprimida, a falta de oportunidade que a mulher tem para falar sobre si e sua sexualidade, como também, pelo desconhecimento sobre o câncer ginecológico acrescido de tabus e idéias preconceituosas sobre a mulher. (GESTEIRA, 2000).

Durante a vivência profissional, percebeu-se o pequeno número de mulheres que procuravam a Unidade para realização do exame Papanicolaou. O fato é que a mulher, na maioria das vezes, percebe o exame preventivo como um instrumento diagnóstico, não o incorporando como rotina para a prevenção. Diante

da problemática envolvida, sentiu-se a necessidade de analisar o conhecimento e prática de mulheres sobre o exame preventivo, seu perfil demográfico e sócio-cultural, tendo como reflexo o conhecimento das causas que levam essas mulheres a não ter em sua rotina de saúde o exame Papanicolaou.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o conhecimento e prática de mulheres sobre o exame preventivo de câncer do colo uterino de uma Unidade Básica de Saúde da Cidade de São José de Ribamar – MA.

2.2 Específicos

- Conhecer o perfil demográfico, sócio-cultural, bem como os antecedentes ginecológicos e obstétricos;
- Identificar o conhecimento de mulheres quanto à importância, frequência, prática e cuidados na realização do exame de Papanicolaou.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem descritiva e quantitativa, desenvolvida com mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da Cidade de São José de Ribamar-MA.

3.2 Local de estudo

Trata-se de uma Unidade Básica de Saúde, localizada no Bairro Parque Jair, que prioriza o atendimento básico de saúde, possui duas equipes de saúde da família, sendo: dois Médicos, duas Enfermeiras, dois Odontólogos, dois Assistentes de Consultório Odontológico, seis Técnicos de Enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde, um Motorista.

Realiza seu atendimento nos turnos matutino e vespertino. Em seu cronograma: segunda-feira - visita domiciliária, terça-feira – atendimento a crianças, quarta-feira – atendimento a adultos e gestantes, quinta-feira – realização de exame preventivo e atendimento a gestantes, sexta-feira – atendimento a idosos, diabéticos e hipertensos.

A Unidade possui em sua estrutura física: recepção, sala de curativo, sala de coleta (pesagem, estatura, verificação de pressão arterial etc.), consultório odontológico, escovódromo, consultório de enfermagem com banheiro, consultório médico com banheiro, banheiro para funcionários, farmácia, almoxarifado, cozinha, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de administração, sala de nebulização, sala de vacina, e dois banheiros para clientes.

3.3 Amostra

A amostra é composta por 48 mulheres sexualmente ativas que procuraram atendimento para realização do exame preventivo no mês de junho de 2008 na Unidade, com aceite de sua participação na pesquisa.

3.4 Coleta e análise dos dados

Para a coleta dos dados utilizou-se um questionário (apêndice) que contém dados das características das mulheres e questões relacionadas ao tema.

Cada mulher foi entrevistada uma única vez e individualmente no consultório de enfermagem antes da realização do exame Papanicolaou. Inicialmente, estabeleceu-se um ambiente de confiança com a mulher participante, no qual foi apresentada a solicitação da assinatura através do Termo de Consentimento, em anexo, livre e esclarecido pós-informado.

Após a coleta, os dados foram analisados utilizando-se um programa de estatística. Aplicando técnicas da estatística descritiva, permitindo-se assim uma análise exploratória dos dados sendo apresentados através de tabelas de frequência e gráficos de todas as variáveis investigadas na pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os dados referentes às 48 mulheres sexualmente ativas entrevistadas na Unidade Básica de Saúde Parque Jair, município de São José de Ribamar – MA.

De acordo com as características gerais do grupo estudado, constatou-se que do total de 48 mulheres entrevistadas, 17 (35,5%) encontra-se na faixa etária de 20l - 30, no entanto, apenas 5 (10,4%) das mulheres encontram-se na faixa etária de 40l - 50 e 4 (8,3%) na faixa etária de 50l - 60.

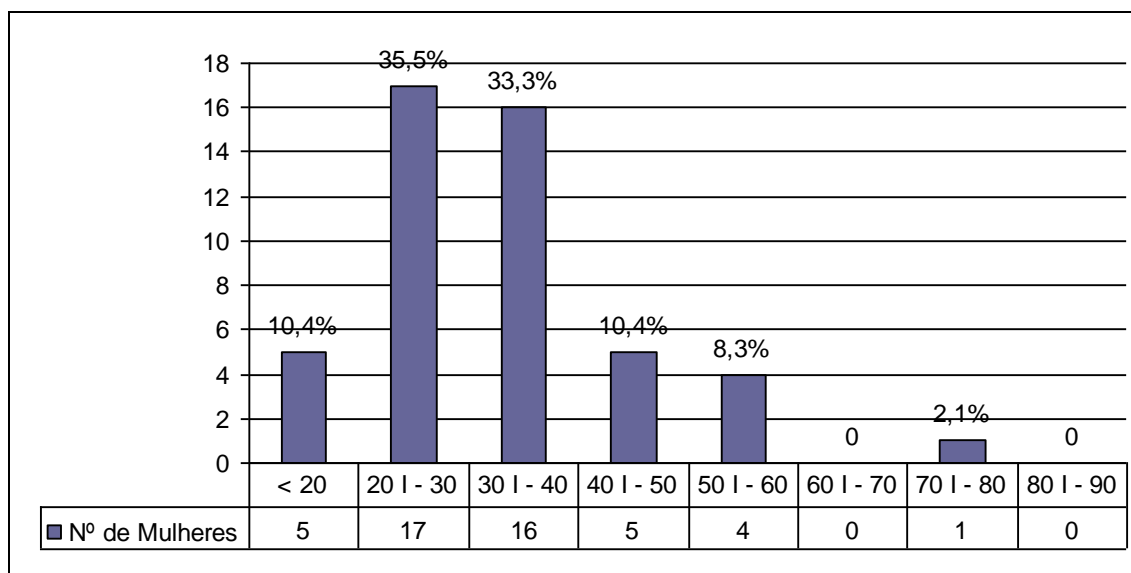


Gráfico 1 – Distribuição percentual e numérica de mulheres que foram submetidas ao exame preventivo, quanto à faixa etária, São José de Ribamar-MA. 2008.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a incidência do câncer do colo uterino ocorre na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta à medida que se atinge a faixa etária de 45 a 49 anos.

Verificou-se no presente estudo que é maior a adesão de mulheres na faixa etária de 20l- 30 anos e de menor incidência da faixa etária de 40l- 50 e 50l- 60 anos. Visto que o Instituto Nacional do Câncer – INCA (2008), afirma que o pico de incidência situa-se entre 40 e 60 anos de idade e apenas uma pequena porcentagem ocorre abaixo dos 30 anos. Os dados levam a considerar que a maior incidência do câncer de colo uterino atinge a faixa etária de 40 a 60 anos devido a não adesão dessa faixa etária na realização do exame Papanicolau.

OCUPAÇÃO	N	%
Do Lar	32	66.6
Estudante	3	6.1
Diarista	2	4.2
Desempregada	2	4.2
Pensionista	2	4.2
Auxiliar de Escritório	1	2.1
Lavradora	1	2.1
Técnica de Enfermagem	1	2.1
Aposentada	1	2.1
Marisqueira	1	2.1
Auxiliar de Professora	1	2.1
Professora	1	2.1
Total	48	100

Tabela 1 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto à ocupação. São José de Ribamar-MA. 2008.

Na tabela acima verifica-se a distribuição das mulheres quanto a sua ocupação, tivemos 2 (4,2%) desempregadas, 2 (4,2%) pensionista, 3 (6,1%) estudantes, 1(2,1%), auxiliar de escritório, 32 (66,6%) do lar, 2 (4,2%) diarista, 1 (2,1%) lavradora, 1 (2,1%) técnica de enfermagem, 1 (2,1%) aposentada, 1 (2,1%) marisqueira, 1 (2,1%) auxiliar de professora, professora 1 (2,1%) professora.

Nota-se que a maioria dessas mulheres possui um baixo nível sócio-econômico, já que 66,7% relatam ser do lar. Segundo INCA 2008, vários são os fatores de risco identificados para o câncer do colo do útero, sendo que alguns dos principais estão associados às baixas condições sócio-econômicas.

Dentre as mulheres atendidas na Unidade de Saúde para a realização do preventivo 3 (6,2%) diz nunca ter freqüentado a escola, 10 (20,8%) tem o ensino fundamental incompleto e 14 (29,8%) tem o ensino fundamental completo.

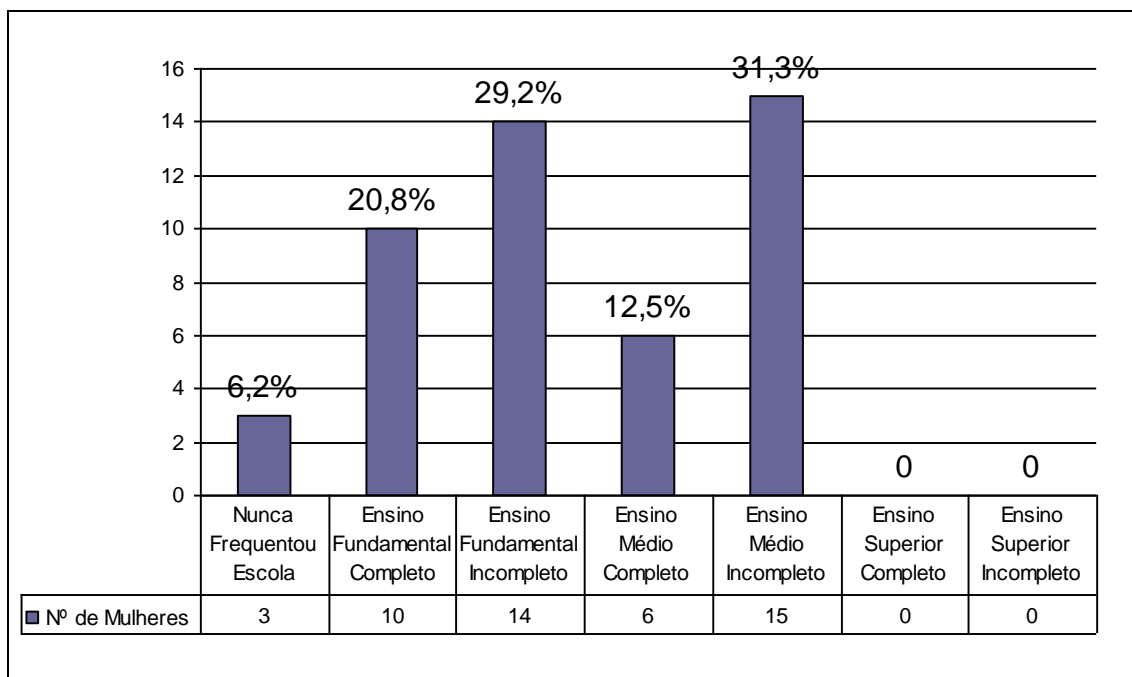


Gráfico 2 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto à escolaridade. São José de Ribamar-MA. 2008.

A partir da análise do gráfico 2, verificou-se que 56,2% das mulheres pesquisadas apresentam grau de instrução abaixo do ensino médio (completo/incompleto). Segundo Dias-da-Costa et al 2003, estudos revelam que mulheres que possuem menor escolaridade apresentam maior chance de desenvolver câncer cervical. Assim, frente aos resultados obtidos, observa-se que a baixa escolaridade pode influenciar na informação e no conhecimento quanto ao exame de Papanicolaou e os benefícios de fazê-lo rotineiramente.

No que se refere ao rendimento familiar, o gráfico 3 mostra que 27 (56%) apresentam renda mensal entre um e dois salários, 19 (40%) das mulheres atendidas tem a renda mensal inferior ao salário mínimo, e apenas 2 (4%) tem renda mensal acima de dois salários mínimos vigentes à época (salário mínimo igual a R\$ 415,00).

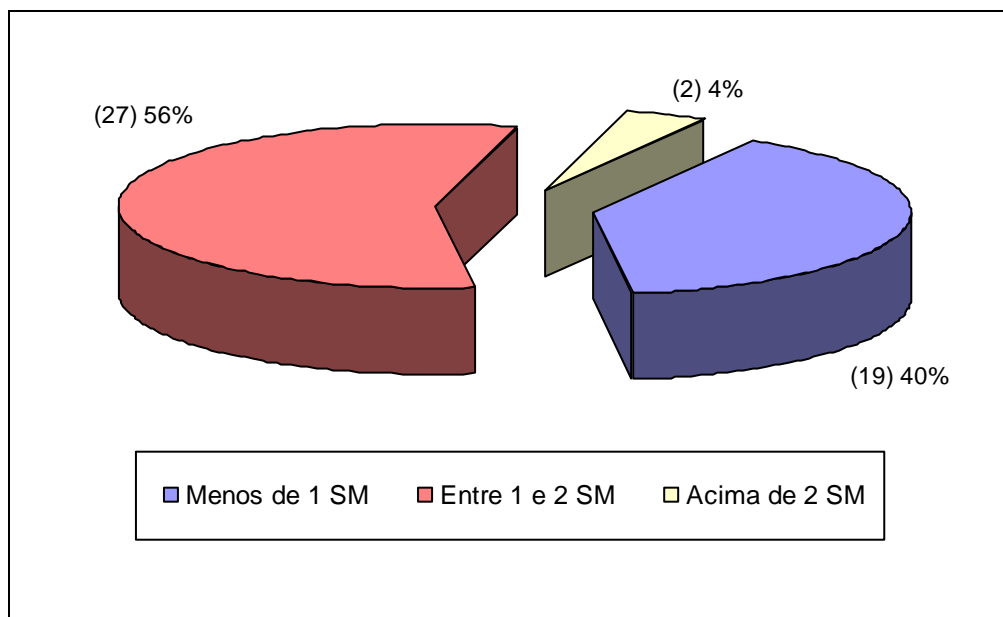


Gráfico 3 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto à renda familiar. São José de Ribamar-MA. 2008.

Observa-se que as mulheres convivem com insuficientes recursos financeiros. Segundo Costa et al. (2003), mulheres mais pobres apresentam mais comprometimento do câncer cérvico-uterino.

Em reforço a citação anterior Pinto e França-Junior (2003), afirmam que as dificuldades sócio-econômicas agem como facilitadores ou como barreira de acesso ao serviço de saúde.

Como mostra o gráfico 22 (45,8%) das mulheres dizem ter união estável, 14 (29,2%) casadas, 5 (10,4%) solteiras, 5 (10,4%) outros e 2 (4,2%) viúvas.

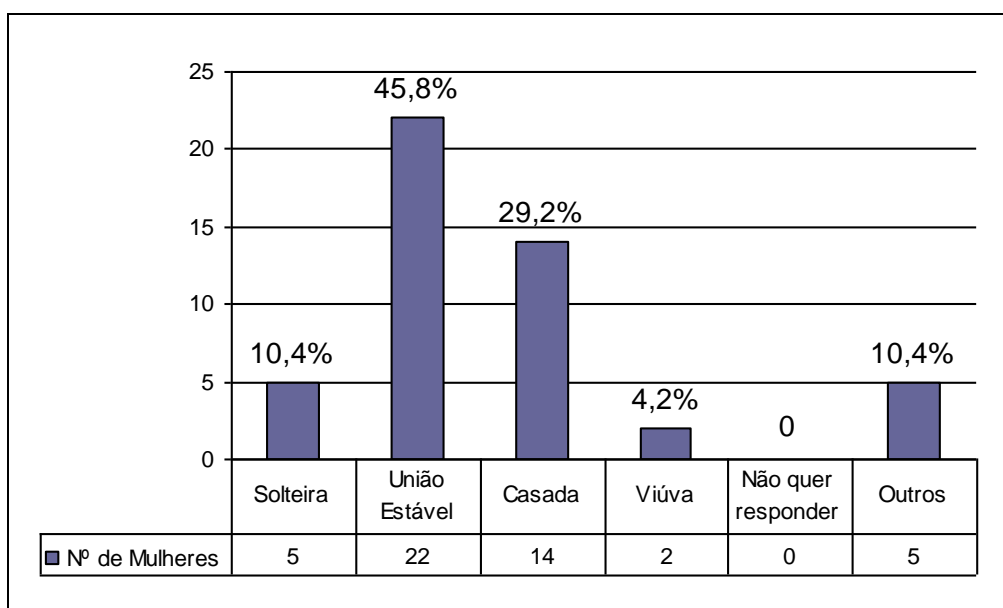


Gráfico 4 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto à situação conjugal. São José de Ribamar - MA, 2008.

A tendência de mulheres solteiras e sem parceiros fixos constitui um fator de risco de aumento na predisposição para o desenvolvimento do câncer do colo uterino, pela multiplicidade de parceiros sexuais. (INCA,1996).

Quanto a menarca, o gráfico 5 nos mostra que 36 (75%) das mulheres iniciaram seu ciclo entre a idade de 10 e 14 anos, 8 (16,7%) entre 15 e 16 anos, 3 (6,2%) entre 17 e 18 anos e 1 (2,1%) não souberam responder.

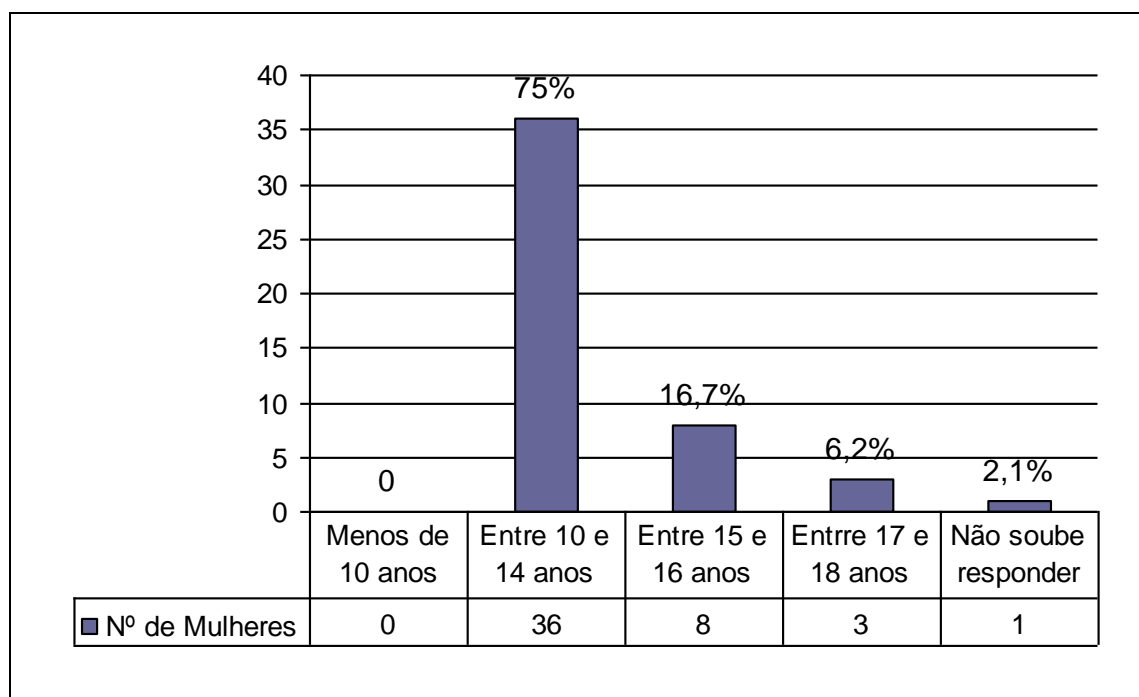


Gráfico 5 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto ao início da menarca. São José de Ribamar – MA, 2008.

Estudo realizado na Índia demonstrou o aumento de incidência de câncer do colo-uterino com a multiparidade, menarca precoce e a má higiene genital (GAWANDE et al., 1998).

Nota-se, no gráfico 6, a distribuição das mulheres que se submeteram ao exame de Papanicolaou quanto a idade da iniciação da vida sexual. Pode-se observar que 19 (39,6%) das mulheres iniciaram a vida sexual entre 15 e 16 anos de idade, 18 (37,5%) mulheres iniciaram vida sexual entre 17 e 18 anos de idade.

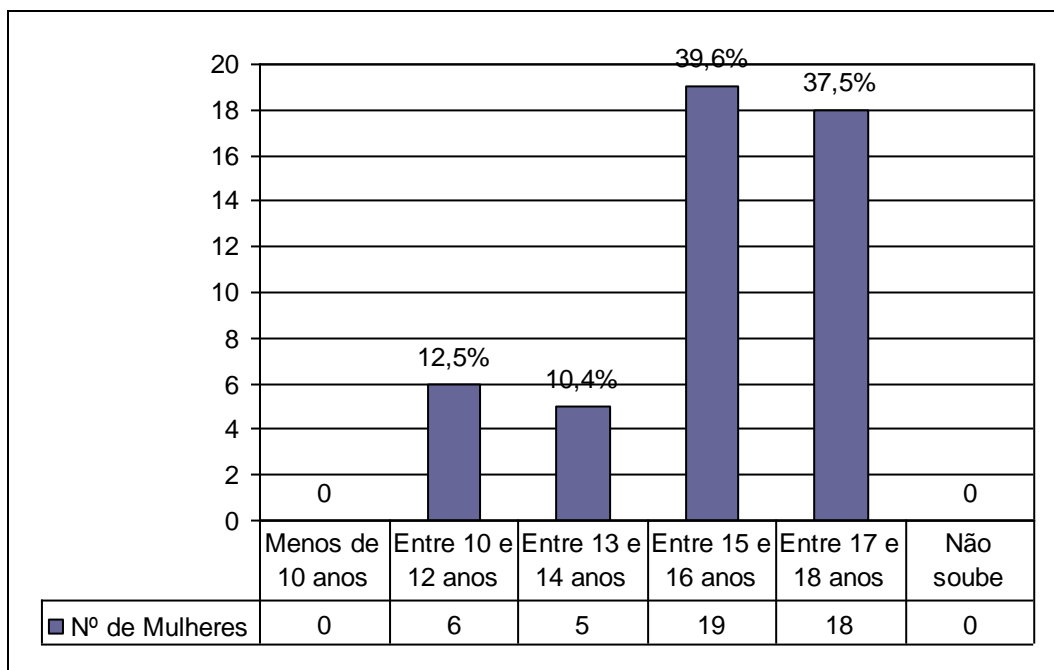


Gráfico 6 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto à idade da iniciação da vida sexual. São José de Ribamar – MA, 2008.

Dentre os resultados obtidos por Oliveira et al. (2005), sobre os antecedentes ginecológicos de mulheres em face do processo de adoecer por câncer cérvico-uterino, no que se relaciona à idade da primeira relação sexual, de acordo com as pacientes, ocorreu aos 15 anos, em média.

Leal et al. 2003, em pesquisa também afirmam que a precocidade sexual é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo uterino, devido o epitélio apresentar-se imaturo e susceptível a agressões oncogênicas.

NÚMERO DE GESTAÇÃO	N	%
0	4	8,3
1	3	6,2
2	9	18,7
3	10	20,9
4 ou Mais	22	45,9
Total	48	100
PARIDADE	N	%
0	4	8,3
1	5	10,5
2	16	33,3
3	7	14,6
4 ou mais	16	33,3
Total	48	100

ABORTOS ANTERIORES	N	%
0	29	60,4
1	12	25
2	6	12,5
3 ou Mais	1	2,1
Total	48	100

Tabela 2 - Distribuição percentual e numérica das mulheres, segundo as variáveis obstétricas. São José de Ribamar – MA, 2008.

Na tabela acima constatou-se que entre as mulheres entrevistadas 22 (45,9%) 4 ou mais gestações, 10 (20,9%) 3 gestações, 9 (18,7%) 2 gestações, 4 (8,3%) não tiveram nenhuma gestação, 3 (6,2%) tiveram uma gestação. Sobre a paridade 16 (33,3%) relataram duas, 16 (33,3%) pariu 4 ou mais, 7(14,6%) pariu três, 5 (10,5%) pariu uma, 4 (8,3%) relataram nenhuma. Em relação ao aborto 29 (60,4%) nunca abortaram, 12 (25%) relatam um aborto, 6 (12,5%) 2 abortos, 1 (2,1%) 3 ou mais.

Pesquisa realizada nos ambulatórios de ginecologia do Hospital Universitário Universidade Federal de Santa Maria demonstrou que 39,1% das alterações nos exames citopatológicos e/ou colposcópicos ocorreram nas multíparas (BARBOSA et al., 1991). Ainda na pesquisa realizada no HCUFU, Pioli et al. (1993), referiram que a ocorrência da doença foi maior (57,2%) em mulheres com cinco filhos ou mais.

Mesmo levando em consideração todas as vantagens do parto normal é importante observar que a má assistência obstétrica que está exposta toda população carente, é responsável por muitas das alterações morfológicas cervicais (TERREIRO, 1987).

Com a ausência de uma assistência obstétrica adequada, o colo uterino poderá ficar com seqüelas que contribuirão para de se desenvolvam processo inflamatórios e neoplásicos. As lesões não corrigidas do colo tornam a mucosa endocervical exposta ao meio vaginal, e,conseqüentemente, ao seu pH ácido, às agressões de agentes infecciosos (fungos, vírus e bactérias) e à possível oncogenicidade do esmegma e do esperma. (TERREIRO, 1987).

Para Vieira (1987), um dos aspectos importantes da prevenção das lesões malignas do colo uterino é evitar e corrigir todas as lacerações cervicais, principalmente as obstétricas.

No que se refere à freqüência da realização do exame Papanicolaou, o gráfico 7 mostra que 19 (39,6%) das mulheres entrevistadas realizaram o exame em um intervalo preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1986) que para as mulheres cujo resultado do preventivo foi negativo para células neoplásicas é de um ano.

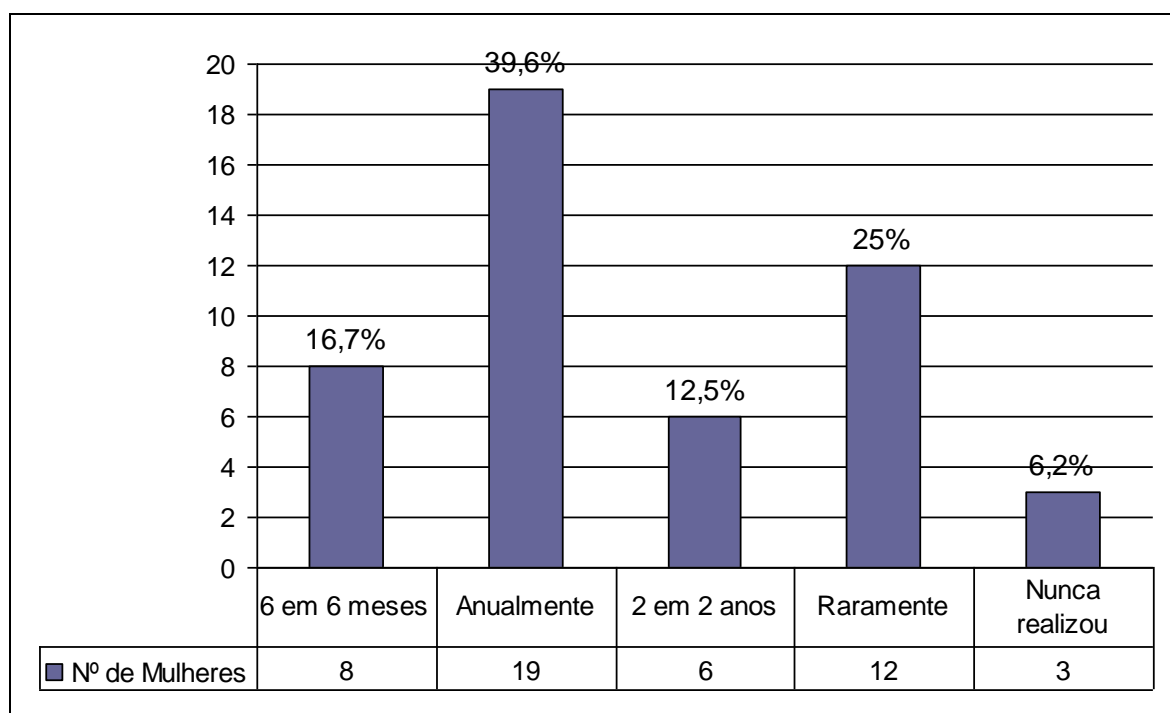


Gráfico 7 - Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto à freqüência com que as mulheres realizam o exame de Papanicolaou. São José de Ribamar – MA, 2008.

Pode ser justificado pela possibilidade de um aumento de citologias cervicais realizadas em mulheres como procedimento de rotina durante o pré-natal e o planejamento familiar (PAULA; MADEIRA, 2003).

No entanto, 12 (25%) das entrevistadas fazem raramente 8 (16,7%) realizaram o exame preventivo no período de 6 em 6 meses, 6 (12,5) no período de 2 em 2 anos, e 3 (6,2%) nunca haviam realizado o exame Papanicolaou. Ainda pelo Ministério da Saúde, as mulheres que obtiverem duas ou mais citologias negativas, o intervalo entre uma coleta e outra pode ser ampliado para dois ou três anos. (BRASIL, 1986).

Ressalta-se que o estudo em questão não revela se a periodicidade do exame preventivo das entrevistadas a cada dois anos é após dois exames consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasia ou ainda anualmente com um resultado negativo para células neoplásicas.

Por meio dos dados descritos no gráfico 8, observa-se que as mulheres entrevistadas, no geral, apresentam algum conhecimento prévio sobre os cuidados necessários para a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino. Dentre os cuidados citados, destacam-se: 19 (39,5%) afirmam apenas não ter relações sexuais na véspera do exame, 10 (20,8%) não ter relações sexuais na véspera juntamente com o asseio, 5 (10,4%) não ter relações sexuais juntamente com não estar menstruada, pode-se apontar ainda que 41 (85,4%) das mulheres relatam que o principal cuidado necessário antes da realização do exame Papanicolaou é não manter relações sexuais na véspera do exame. Observa-se também que 8 (16,7%) das mulheres entrevistadas citam não estar menstruada e apenas 4 (8,4%) não usar creme vaginal na véspera do exame e 1 (2,1%) não soube citar algum cuidado necessário antes de realizar o Papanicolaou.

R – não manter Relação Sexual; M – não estar Menstruada; A – Asseio; D – Depilação; C – não utilizar Creme Vaginal; NS – Não Sabe.

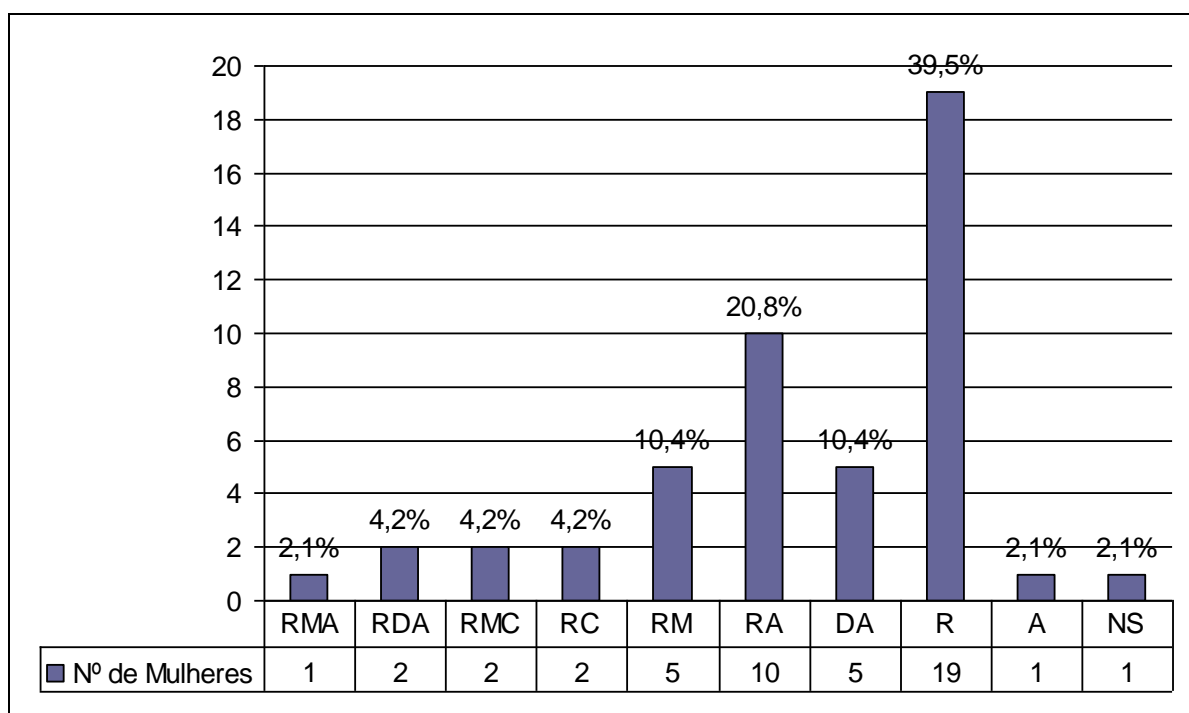


Gráfico 8 - Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto ao conhecimento prévio sobre os cuidados necessários para a realização do exame de Papanicolaou. São José de Ribamar – MA, 2008.

Esses resultados denotam a necessidade de uma intervenção educativa direcionada às mulheres quanto aos cuidados prévios ao exame preventivo, visto que a negligência dos mesmos pode interferir na realização do exame, bem como,

no seu resultado, sabendo-se que os cuidados referidos devem ser do conhecimento de todas as mulheres que realizam o Papanicolaou.

No que se refere à finalidade do exame de Papanicolaou, o gráfico 9 mostra o conhecimento das mulheres entrevistadas, sendo que 29 (60,4%) refere que o mesmo previne contra a formação do câncer, 14 (29,2%) se há alteração no útero, 4 (8,3%) mostra se a mulher tem doenças sexualmente transmissíveis e previne contra as mesmas, e 1 (2,1%) não soube responder qual a finalidade do exame.

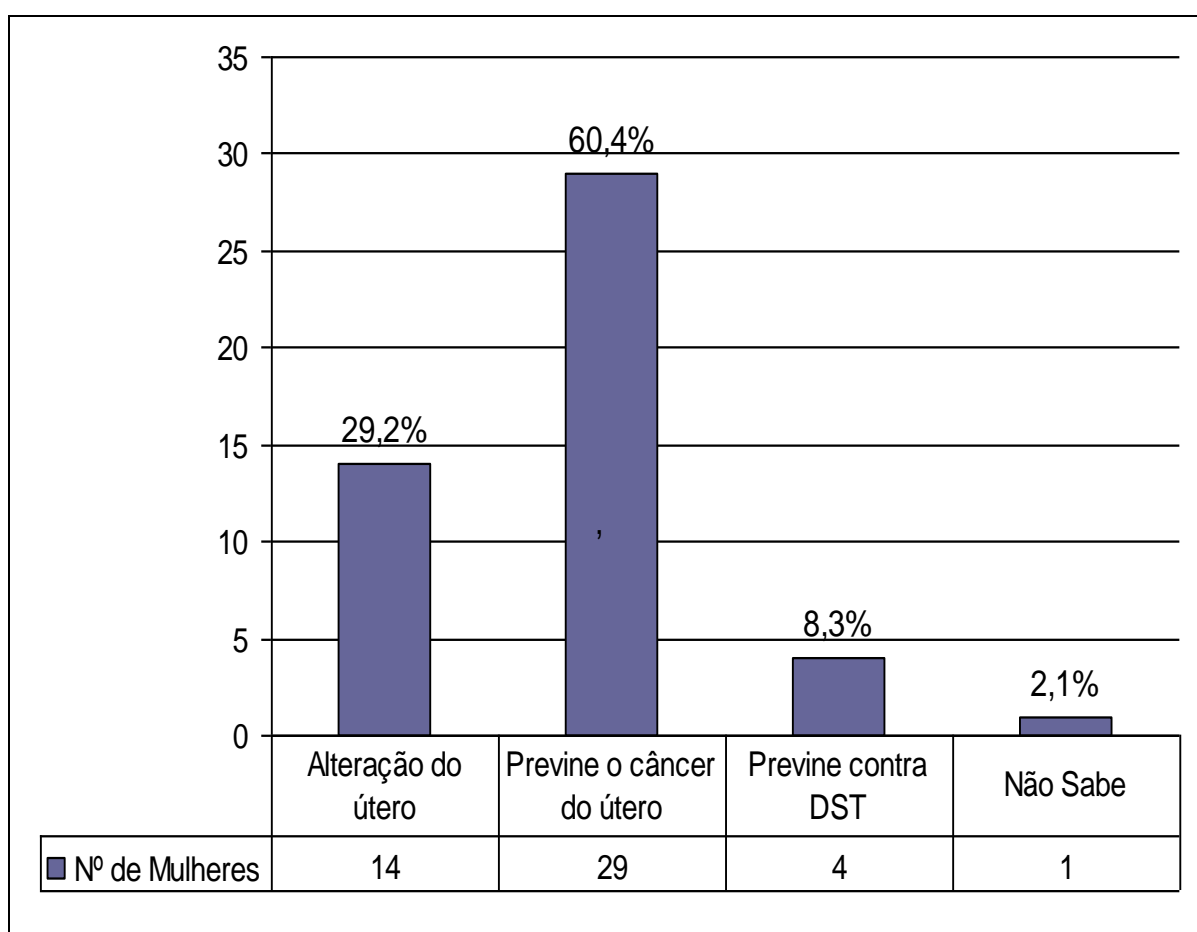


Gráfico 9 - Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto o conhecimento prévio sobre a finalidade do exame preventivo. São José de Ribamar – MA, 2008.

Pinotti et al. (1994) afirmam que apesar das mulheres perceberem a finalidade do exame de Papanicolaou, o consideram apenas como instrumento de diagnóstico, ou seja, detecção de afecções ginecológicas, e não como método de rastreamento de doenças, o qual deve ser realizado, também por aquelas assintomáticas.

Dessa forma, as mulheres pesquisadas, no geral, apresentaram um entendimento satisfatório quanto à realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino, denotando conhecer sua finalidade.

O gráfico 10 nos mostra a distribuição das mulheres entrevistadas quanto ao número de parceiros, 12 (25%) dizem ter apenas um, 5 (10,4%) relata já ter tido dois parceiros, 50% tiveram mais de dois parceiros (entre três e oito) e 7 (14,6%) não quiseram responder.

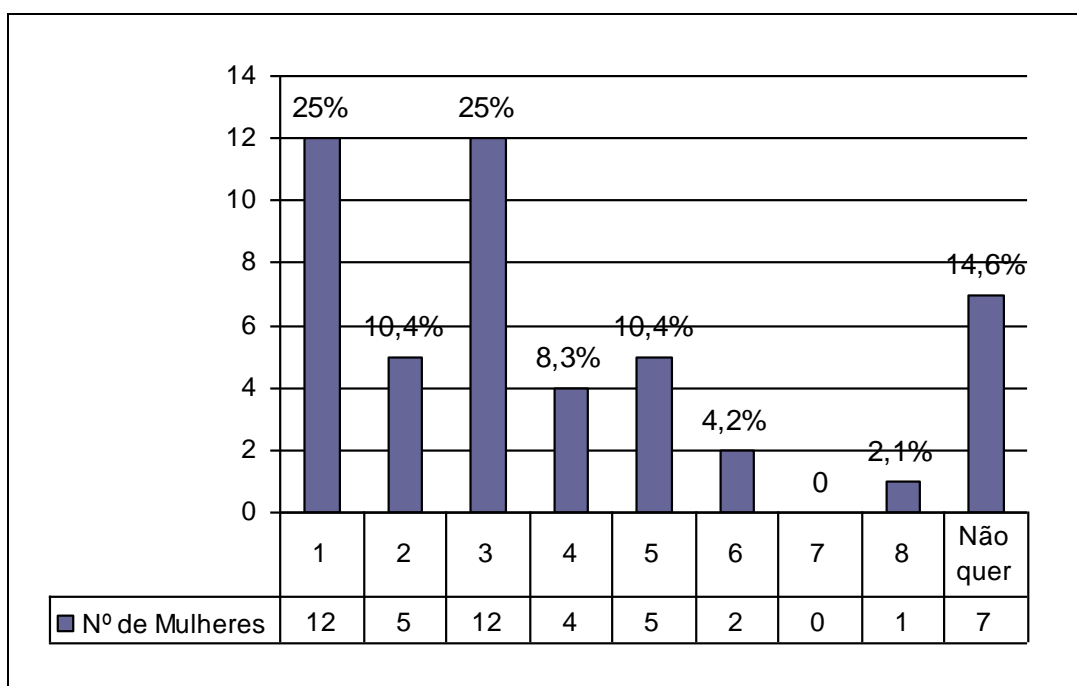


Gráfico 10 – Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto ao número de parceiros. São José de Ribamar – MA, 2008.

Segundo o INCA (2008), vários são os fatores de risco identificados para o desenvolvimento do câncer de colo uterino sendo um dos principais a multiplicidade de parceiros sexuais.

Entre os fatores de risco citados na literatura encontramos o comportamento sexual da mulher e de seu parceiro. As mulheres com múltiplos parceiros sexuais e as mulheres que iniciam precocemente a atividade sexual, um risco aumentado. (LOVEJOY, 1994).

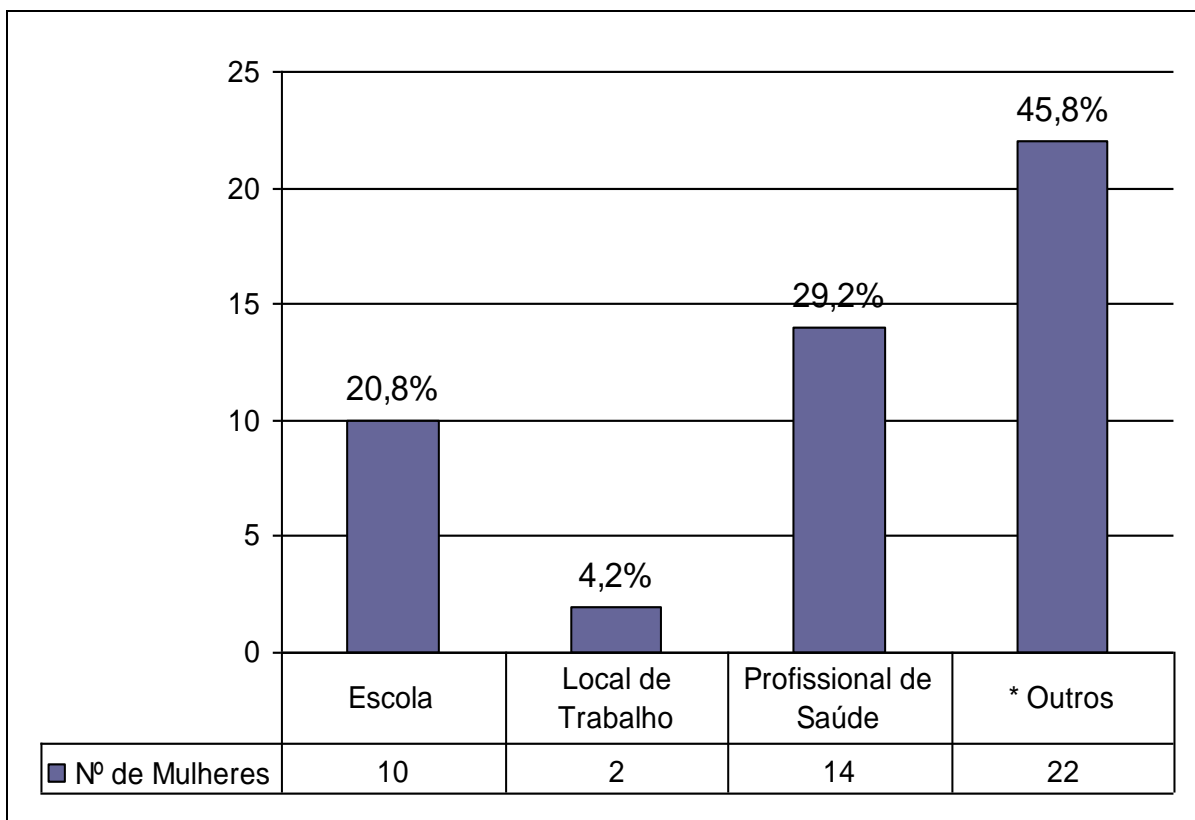


Gráfico 11 - Distribuição percentual e numérica das mulheres, quanto à primeira fonte de informação para a realização do exame de Papanicolaou. São José de Ribamar – MA, 2008.

O gráfico 11 mostra onde as mulheres entrevistadas obtiveram a primeira informação a respeito do exame Papanicolaou, 22 (45,8) relatam outras fontes de informação, 14 (29,2%) através do profissional de saúde, 10 (20,8%) dizem ter sido na escola, e 2 (4,2%) relatam que foi no trabalho.

Evidenciou-se que a falta de educação sexual nas famílias e escolas é um das prováveis causas da carência de informação sobre o corpo e acerca da sexualidade. Pode-se inferir que os profissionais de saúde nem sempre estão aptos a lidar com esse fato já que apenas 14 (29,2%) relatam ter como fonte de informação um profissional de saúde.

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa de campo aborda a temática conhecimento e prática de mulheres sobre o exame preventivo de câncer do colo uterino em uma unidade básica de saúde da cidade de São José de Ribamar- MA, que nos permitiu traçar o perfil da população estudada, segundo variáveis pré-estabelecidas, relacionadas ao câncer de colo do útero.

Dentre as mulheres na faixa etária de 40 e 60 anos há uma baixa adesão na realização do exame preventivo, comprovando o que é visto na literatura que a maior incidência do câncer de colo uterino encontra-se nessa faixa etária.

Referente ao nível de ocupação temos na grande maioria mulheres do lar o que nos leva a comprovar o baixo nível sócio-econômico sendo esse um grande indicativo para que as mesmas sejam mais suscetíveis ao acometimento do câncer de colo do útero.

Em relação ao nível de escolaridade a grande maioria das mulheres entrevistadas possui ensino abaixo do ensino médio e ainda renda mensal entre um e dois salários mínimos. Segundo a literatura existe relação entre baixo nível de escolaridade e renda familiar fazendo com que as mesmas sejam mais propícias ao desenvolvimento do câncer do colo do útero.

Segundo literatura, há uma íntima relação entre o câncer do colo do útero, o início precoce da vida sexual e a multiplicidade de parceiros, sendo fatores que agem direta ou indiretamente sobre o epitélio do colo uterino levando a pequenas alterações que, com o passar do tempo, se não tratadas, podem levar ao câncer do colo do útero.

Além disso, estudos comprovam que o número de gestações, paridade e abortos também influenciam na probabilidade de determinada mulher desenvolver câncer de colo do útero, pois seqüelas no colo uterino como lesões, em decorrência desses procedimentos são janelas de contaminação que facilita o desenvolvimento do câncer de colo do útero.

Em relação à freqüência na realização do exame preventivo constatamos em nosso estudo que o maior número delas diz que se submetem ao exame anualmente, sendo assim atribuímos essa marca a eficácia de trabalhos educativos e de conscientização sobre a importância da realização do mesmo. Em contrapartida constatamos que quanto à primeira fonte de informação sobre o exame preventivo,

da maioria das mulheres entrevistadas, não se dá através do profissional da saúde e sim outras fontes.

Considerou-se relevante a educação permanente em saúde, atividades educativas junto às mulheres, e ao mesmo tempo divulgar os fatores de risco no desenvolvimento do câncer cérvico-uterino e a importância da realização periódica do exame preventivo. Desta forma, será possível reduzir a taxa de ocorrência do câncer do colo uterino.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, L.C.R. et al. Relação citologia oncótica, colposcopia e histopatologia no diagnóstico do carcinoma cérvico-uterino. **J. Bras. Ginecol**, v. 101, n. 8, p. 351-353, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF: Centro de Documentação, 1984.

_____. **Controle do câncer cérvico-uterino e de mama**. Normas e manuais técnicos. Brasília, DF: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Incidência de câncer no Brasil: Estimativa/2005**. Brasília, DF: Instituto Nacional do Câncer, 2004.

_____. **Missão: Ações Nacionais integradas para prevenção e controle do câncer**. Brasília, DF: Instituto Nacional do Câncer, 1996-2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em 10 mar. 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em 20 mar. 2008.

BRITO C.M.S et al. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncótica. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, jul./ago. 2007.

CESAR, J. A. et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extreme Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, 2003.

COSTA JSD, OLINTO MTA, GIGANTE DP, MENEZES AMB, MACEDO S. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, 2003.

DEROSSI AS, PAIM JS, AQUINO E, SILVA LMV. **Evolução da mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por câncer cérvico-uterino em Salvador (BA), 1979-1997.** Ver. Bras. Cancerol, 2001.

DIAS-DA-COSTA J.S. et al. Cobertura do exame preventivo citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, 2003.

ERREIRO, L.M. Câncer do colo uterino: conceito, importância, incidência e fatores de risco. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. São Paulo, v. 2, p. 1494 – 504, 1987.

FONSECA, R. M. G. S. et al. A práxis da enfermeira na prevenção do câncer ginecológico num contexto de integração docente assistencial. **Rev. Esc. Enferm, USP**; 1994.

FORMIGA J.F.N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: _____. GALVÃO L, DIAZ J (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council; 1999. p. 151-179.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

FREITAS, S. L. F. et al. Atuação da enfermeira obstetra na comunidade Anhanguera. Campo Grande (MS), na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Rev. Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n. 2, p. 57-64, abril 1998.

GESTEIRA, S. M. A. et al. E o câncer cérvico-uterino ainda é um problema de saúde pública no país. **Rev. Baiana Enferm.** 2000.

GAWANDE, V. et al. **Risk factor for cancer cervix: a case control study.** Indian J Cancer 1998;

HAAS, P. et al. **Avaliação do preventivo do câncer de colo de útero em laboratório com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e laboratório com atendimento de convênio**, na cidade de Florianópolis. RBAC, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Coordenação de Programas de Controle de Tabagismo. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro: INCA, 1996.

_____. **Coordenação** de Programas de Controle ao Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**: 2000. Rio de Janeiro: INCA; 2000.

LEAL, E.A.S, LEAL JUNIOR OS, GUIMARAES MH, VITORIANO MN, NASCIMENTO TL, COSTA OL. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco-Acre. **Rev Bras Ginecol Obstetr**. 2003.

LOVEJOY, N.C. **Precancerous and cancerous cervical lesions: the multicultural male risk factor**. Oncol Nurs Forum 1994.

MANGAN SA, LEGANO LA, ROSEN CM. et al. **Increased prevalence of abnormal Papanicolaou smears in urban adolescents**. Arch Pediatr Adolesc Med 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre câncer do colo útero**. Rio de Janeiro (RJ): MS/INCA, 2000.

OLIVEIRA, M.S de; FERNANDES A.F.C; GALVÃO, M.T.G. **Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino**. Acta Paul Enferm 2005.

PAULA AF, MADEIRA AMF. **O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia**. Ver Esc Enferm: USP, 2003.

PINHO A. A; FRANÇA JÚNIOR, I. Prevenção do câncer de colo útero: modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**, 2003.

PINNOTTI JÁ, CARVALHO JP, NISIDA ACT. Implantação de programa de controle de câncer de colo uterino. **Rev Ginecol Obstet**.

REIS, A. F. F., COSTA, M. C. E.; ALMEIDA, N. C. **Prevenção do câncer cérvico-uterino-princípios epidemiológicos e avaliação dos programas de screening**. J. Bras. Ginecol., v. 102, n. 11/12, p. 445-447, 1992.

SANTOS C.C. **Percepção do exame ginecológico pelas mulheres usuárias de Posto de Saúde** (dissertação). Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

SILVEIRA, G. P. G. Sobre a prevenção de câncer ginecológico e mamário. **Rev. Med.** PUCRS, Porto Alegre, v.1, n.2, p. 69-72, 1989.

SMELTZER, P.S.; BARE, M.R. **Ginecologia**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1999.

VIEIRA, L.S. Câncer do colo uterino: prevenção e diagnóstico precoce. In: _____
HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Roca, 1987. 2 v. , p.1544- 1547.

APÊNDICES

APÊNDICE A – 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: Prof^a. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm.

E-mail: hel.ribeiro@bol.com.br

Telefone: (98) 99022551 / 32461194.

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.

Pesquisadoras: Daniela Silva Andrade; Kelma Maria Chaves Batalha.

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE MULHERES SOBRE O EXAME
PREVENTIVO DE CÂNCER DO COLO UTERINO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE
DA CIDADE DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR – MA.**

Prezada Sr^a. estamos realizando uma pesquisa sobre o exame preventivo do câncer do colo uterino. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sr^a. que ajudarão a estudar o conhecimento e prática de mulheres sobre o exame preventivo de câncer do colo uterino. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sr^a. quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A Sr^a. 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, antecedentes ginecológicos e obstétricos, dentre outras. 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 Sr^a. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

São José de Ribamar-MA, / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador Responsável
Unidade de Saúde Parque Jair.
Avenida Alonso Costa.
São José de Ribamar - MA.

Sujeito da Pesquisa

APÊNDICE B – Questionário

IDENTIFICAÇÃO:

ENDEREÇO:

.....

IDADE:

.....

OCUPAÇÃO:

1 ESCOLARIDADE:

Nunca freqüentou escola

Ensino fundamental completo

Ensino fundamental incompleto

Ensino médio completo

Ensino médio incompleto

Ensino superior completo

Ensino superior incompleto

2 RENDA FAMILIAR (SALÁRIO MÍNIMO)

Menos de 1 salário mínimo

Entre 1 a 2 salários

Acima de 2 salários

3 ESTADO CÍVIL

Solteira

União estável

Casada

Viúva

Não quer responder

Outros

4 MENARCA

Menos de 10 anos

Entre 10 e 14 anos

Entre 15 e 16 anos

Entre 17 e 18 anos

Não soube responder

5 INÍCIO DA VIDA SEXUAL

Menos de 10 anos

Entre 10 e 12 anos

Entre 13 e 14 anos

Entre 15 e 16 anos

Mais de 18 anos

Não soube responder

NÚMERO DE PARCEIROS: _____

Não quero responder

6 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

GESTAÇÃO: _____ **PARA:** _____ **ABORTOS:** _____

7 JÁ REALIZOU EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DO COLO UTERINO?

() Não () Sim Quantos? _____

8 VOCÊ ACHA IMPORTANTE A REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DO COLO UTERINO?

() Sim () Não

Por quê? _____

9 COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ REALIZA O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DO COLO UTERINO?

() De 6 em 6 meses () Anualmente () De 2 em 2 anos

() Raramente () Nunca realizou.

Quais as razões que levam você a não fazer exame preventivo de câncer do colúterino? _____

10 EXISTE ALGUM CUIDADO NECESSÁRIO ANTES DE REALIZAR O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DO COLO UTERINO?

() Não () Sim.

Quais?

11 SABE O MOTIVO PELO QUAL É FEITO O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DO COLO UTERINO?

() Não () Sim.

Qual (enumere apenas uma resposta)

12 QUAL FOI A PRIMEIRA FONTE DE INFORMAÇÃO SOBRE O EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DO COLO UTERINO?

() Na escola () No local de trabalho () com seu ginecologista

() Outras fontes.

Quais?

EXAME GINECOLÓGICO

VAGINA:

- Ausência de lesões Não foi realizado exame
 Presença de lesões _____

LEUCORREIA:

- Sim Não

CARACTERÍSTICA:

- Leitoso Amarelado Transparente
 Esverdeado Purulento

COLO:

- Ausência de lesões Presença de lesões
-

RESULTADO DO EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER DO COLO UTERINO

- Ausência de células neoplásicas
 NIC I NIC II NIC III NIC IV
 Inflamatório