

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

**CRISTINA ROSÂNGELA SILVA DO NASCIMENTO
LUZINEIDE ALENCAR MUNIZ
MARINA FRASSINETE ROSÁRIO VIANA
RAQUEL PEREIRA CARVALHO**

**VISÃO DAS MULHERES QUANTO AO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER
DE COLO UTERINO, ATENDIDAS PELA ESF DE VARGEM-GRANDE - MA**

São Luís
2007

**CRISTINA ROSÂNGELA SILVA DO NASCIMENTO
LUZINEIDE ALENCAR MUNIZ
MARINA FRASSINETE ROSÁRIO VIANA
RAQUEL PEREIRA CARVALHO**

**VISÃO DAS MULHERES QUANTO AO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER
DE COLO UTERINO, ATENDIDAS PELA ESF DE VARGEM-GRANDE - MA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá como requisito para obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof^o Doutor Sílvio Gomes Monteiro.

São Luís
2007

Nascimento, Cristina Rosângela Silva do et al

Visão das mulheres quanto ao exame de prevenção do câncer de colo uterino, atendidas pela ESF de Vargem-Grande - MA / Cristina Rosângela Silva do et al. – São Luis, 2006.

59 p.: il

Monografia (Especialização em Saúde da Família) – LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, 2007.

1. Câncer de colo de útero. I. Título

CDU 618.14-006

**CRISTINA ROSÂNGELA SILVA DO NASCIMENTO
LUZINEIDE ALENCAR MUNIZ
MARINA FRASSINETE ROSÁRIO VIANA
RAQUEL PEREIRA CARVALHO**

**VISÃO DAS MULHERES QUANTO AO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER
DE COLO UTERINO, ATENDIDAS PELA ESF DE VARGEM-GRANDE - MA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá como requisito para obtenção do título de especialista.

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Profº Sílvio Gomes Monteiro (Orientador)
Doutor em Genética

Profª Mônica Elinor Alves Gama
Doutora em Medicina pela USP

AGRADECIMENTOS

À Deus, por estar ao nosso lado em todos os momentos.

Ao Profº Sílvio Gomes Monteiro, pela orientação dada na elaboração deste estudo.

Aos professores, pelos ensinamentos repassados ao longo do curso.

Aos colegas, pela amizade construída.

E com muito carinho aos nossos familiares, amigos e a todos aqueles que direta ou indiretamente participaram da construção deste trabalho.

“O que faço não é senão uma gota d’água no oceano de sofrimento que existe no mundo, mas é como a multidão de gotas d’água que vamos poder transformar o oceano.”

Madre Tereza de Calcutá

RESUMO

Estudo quantitativo e descritivo, realizado em uma Unidade de Saúde no município de Vargem-Grande – MA com o objetivo de conhecer a visão das mulheres a respeito do exame de prevenção do câncer de colo uterino. Fizeram parte da pesquisa 60 mulheres que compareceram a Unidade Básica de Saúde da Família no período de junho a agosto de 2006. Os dados foram coletados através de entrevistas e preenchimento do questionário antes da coleta do exame de Papanicolau. As características pesquisadas foram relacionadas a: cliente fez algum exame preventivo, doenças que podem ser prevenidas, fez exame de prevenção anteriormente, como se sente diante da realização do exame . Os resultados demonstraram que as mulheres eram lavradoras, que já haviam realizado o exame pelo menos uma vez. Sendo 42,9% com segundo grau completo, quanto ao tempo do último exame 41,3% afirmaram que nunca fizeram exame em menos de um ano. Em relação às doenças que podem ser prevenidas 47,1% destacaram a AIDS. Quanto à importância do exame preventivo 69,1% afirmaram ser essencial para prevenção do câncer de colo de útero.

Palavras-chave: Mulheres. Câncer de colo uterino. Exame de Papanicolau.

ABSTRACT

A qualitative and descriptive study, accomplished in an 'Unit of Health' in the city of Vargem-Grande, with the objective of knowing the women's vision regarding the exam of prevention of lap of the uterus. Forty women that went to the unit of health among the months of June to August of the year 2006 were part of the research. The data were collected through interviews and questionnaire filled in before the collection of the exam of Papanicolau. The questions were related to the patient's knowledge before the disease. The results showed that the women were farmhands and they already had been submitted to the exam at least once and they had inferior family income to a minimum wage. 42,9% of them had studied in high school. In relation to the time of the last exam, 41,3% affirmed that never had submitted to the exam in less than one year. When asked on the diseases that can be avoided, 47,1% mentioned AIDS. 69,1% of the women answered that the preventive exam is essential for the prevention of the cancer of lap of the uterus. Before the results, it is ended that the implementation and incorporation of new actions of public health, improvements in the basic sanitation and the incorporation of simple measures, as well as the promotion of continuous education for professionals of the several levels of health, are quite important steps. It is observed that a lot of interventions can and need to be done to reduce the offences.

Key-words: Women. Cancer of the colo of womb. Papanicolau test.

LISTA DE GRÁFICOS

		p.
Gráfico 1 -	Distribuição de freqüência da faixa etária das entrevistadas. Vargem-Grande-MA, 2006.....	30
Gráfico 2 -	Distribuição de freqüência do estado civil das entrevistadas. Vargem-Grande-MA, 2006.....	31
Gráfico 3 -	Distribuição de freqüência do grau de instrução das entrevistadas. Vargem-Grande-MA, 2006.....	32
Gráfico 4 -	Distribuição de freqüência da profissão das entrevistadas. Vargem-Grande - MA, 2006.....	33
Gráfico 5 -	Distribuição de freqüência das respostas da pergunta “Faz uso de?” Vargem-Grande-MA, 2006.....	34
Gráfico 6 -	Distribuição de freqüência sobre o tempo de uso do fumo, álcool ou anticoncepcional. Vargem-Grande-MA, 2006.....	35
Gráfico 7 -	Distribuição de freqüência sobre a idade da primeira relação sexual. Vargem-Grande-MA, 2006.....	36
Gráfico 8 -	Distribuição de freqüência quanto ao número de parceiros. Vargem-Grande - MA, 2006.....	37
Gráfico 9 -	Distribuição de freqüência sobre se já teve alguma DST. Vargem-Grande-MA, 2006.....	38
Gráfico 10 -	Distribuição de freqüência sobre a realização do exame preventivo antes. Vargem-Grande-MA.....	39
Gráfico 11 -	Distribuição de freqüência sobre o tempo do último exame. Vargem Grande - MA, 2006.....	40
Gráfico 12 -	Distribuição de freqüência sobre como deve ser feito o exame preventivo. Vargem-Grande-MA, 2006.....	41
Gráfico 13 -	Distribuição de freqüência sobre o que sente frente a realização do exame. Vargem-Grande - MA, 2006.....	42

Gráfico 14 -	Distribuição de frequência sobre como deve ser feito o exame preventivo. Vargem-Grande-MA, 2006.....	43
Gráfico 15 -	Distribuições de frequência sobre quais doenças podem ser prevenidas. Vargem-Grande-MA, 2006.....	44
Gráfico 16 -	Distribuição de frequência sobre se entende a explicação do profissional? Vargem-Grande-MA, 2006.....	45
Gráfico 17 -	Distribuição de frequência sobre se entende a Importância do exame preventivo. Vargem-Grande-MA, 2006.....	46
Gráfico 18 -	Distribuição de frequência sobre se busca o resultado do exame. Vargem-Grande-MA, 2006.....	47
Gráfico 19 -	Distribuição de frequência sobre se já teve relação com camisinha ? Vargem-Grande-MA, 2006.....	48
Gráfico 20 -	Distribuição de frequência sobre o por que de não usar a camisinha? Vargem-Grande-MA, 2006.....	49

LISTA DE SIGLAS

ATA	- Ácidos tricloroacéticos
DNA	- Desoxirribonucléicos
ESF	- Estratégia Saúde da Família
EUA	- Estados Unidos da América
HPV	- Papalomavírus humano
HSV	- Infecção virótica herpes simples
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
INC	- Neoplasia intra-epitelial cervical
JEC	- Junção escamocolunar da cérvix
NIC	- Neoplasia intraepitelial cervical
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCCU	- Exame Preventivo do Câncer do Colo Uterino
PSF	- Programa Saúde da Família
SUS	- Sistema Único de Saúde
ZT	- Zona de Transformação

SUMÁRIO

	p.
LISTA DE GRÁFICOS.....	7
LISTA DE SIGLAS	9
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Considerações sobre o câncer cérvico-uterino.....	15
3.2 A atuação da Equipe do Programa Saúde da Família (PSF)	19
3.3 Ações e programas de controle do câncer cérvico-uterino	20
3.4 Citologia do esfregaço cérvico-uterino	22
3.5 Teste de Shiller.....	23
3.6 Colposcopia	23
3.7 Histopatologia	24
3.8 Condutas de controle, tratamento e seguimento do câncer-cervical	24
3.9 Conduta para o controle do câncer cérvico-uterino a nível secundário e terciário.....	25
3.10 Papilomavírus humano	25
4 METODOLOGIA.....	28
4.1 Tipo de estudo	28
4.2 Local do estudo	28
4.3 Coleta de dados	28

4.4 Análise dos dados	29
5 RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS	30
6 CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	56

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) iniciada no Brasil em 1994, vem se colocando no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como a principal estratégia par reorientação do modelo assistencial de saúde e como uma nova maneira de organização dos serviços e ações de saúde a partir da atenção básica.

A ESF elege a família e o espaço social como núcleo básico de abordagem. Propõe-se a possibilitar, após sua efetiva implantação, a integralidade da assistência, a criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.

Apresenta-se também com a possibilidade, de propiciar a humanização das práticas de saúde, estimulando a comunidade a reconhecer a saúde como direito de cidadania (BRASIL, 1997).

O PSF foi implantado no Estado do Maranhão em 1994, primeiramente no município de São Luis, somente em 1999 houve ampliação do programa para outros municípios.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelo profissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou agente comunitário de saúde) que compõem as equipes de saúde da família, se a situação assim o exigir. Assim, estes profissionais e a população criam vínculo de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2001).

Tendo como pressuposto que a reestruturação do modelo assistencial não se reduz à dimensão meramente técnica, mas está intimamente relacionada com a conjuntura e a dinâmica da estrutura social concreta, com seus determinantes sociais, políticos, econômicos, ideológicos e culturais, o presente estudo pretende conhecer as dificuldades das mulheres que não aderem ao exame preventivo.

Segundo Sousa (2001) a relação mais profunda do profissional de saúde, aponta para um modelo mais integrado aos interesses populares. Assim, vai se configurando no Brasil uma postura de relação entre os profissionais de saúde e a população, voltadas para geração de novas formas de organizações sociais.

Frente a isso, as ações de saúde contemporâneas, requerem que o profissional da saúde possua conhecimento técnico-científico bem como teórico-prático sobre a prevenção do câncer cérvico-uterino.

É salutar reconhecer que, a simples identificação da causa de um câncer específico pode não ser suficiente para desencadear esforços preventivos. É necessária a educação, motivação individual e ações coletivas para o controle do câncer.

O câncer cérvico-uterino constitui um grande problema de saúde pública no Brasil, principalmente em decorrência das mudanças nas tendências sociais e demográficas da população, onde a mortalidade proporcional por doença não transmissíveis e crônicas, apresenta um crescimento, em declínio da população de óbitos por doenças infecciosas (MERIGHI; HOLGA; PRAÇA, 1997). Sendo o câncer cérvico-uterino uma doença curável, na maioria dos casos, exigindo para isso somente uma detecção precoce e tratamento adequado, parece inexplicável o elevado número de mortes de suas vítimas, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil e outros.

Segundo Diógenes; Rezende; Passos (2003), aproximadamente 30% dos cânceres cervicais diagnosticados em todo o mundo, ocorrem nos países em desenvolvimento, tendo o Brasil um dos coeficientes mais elevados dessa doença.

Ao contrário do que ocorre nos países mais desenvolvidos, as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero, continuam moderadamente altas no Brasil. Em 1998, ocorreu a morte de 3.693 mulheres, em 2001 as estimativas chegaram a um total de 3.25 óbitos. Os números de óbitos e casos novos do ano de 2003 em todo o país são respectivamente 4.110 e 16.480 (BRASIL, 2003).

O relatório do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) informa que a Organização Mundial de Saúde - OMS estabelece que, para a obtenção de impacto epidemiológico da frequência de distribuição do câncer cérvico-uterino, é necessário 85% de cobertura da população feminina.

Sampaio *apud* Lopes; Sousa (1995) enfatizam que esse tipo de câncer torna-se um imperativo para o governo de vários países e foi neste contexto, que o Ministério da Saúde criou, em 1993 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O PAISM constitui-se no modelo assistencial tido como capaz de atender as necessidades globais da saúde feminina, priorizando o desenvolvimento de quatro ações de saúde: assistência clínico-ginecológica, redução da morbimortalidade feminina, aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços e a educação da população feminina cerva dos fatores de risco (LOPES; SOUSA, 1995).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), alguns fatores de risco que merecem destaque são: fatores sociais, ambientais e os hábitos de vida, tais como: baixas condições sócio-econômicas, atividade sexual antes dos 18 anos de idade, pluralidade de parceiros sexuais, vício de fumar (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados), precários hábitos de higiene, uso prolongado de contraceptivos orais e ainda, estudos recentes demonstram que o Papalomavírus Humano (HPV) está em 94% dos casos de câncer cérvico-uterino (BRASIL, 2001).

Tonial (1997) esclarece que:

No Estado do Maranhão é bastante baixa a percentagem de mulheres em idade reprodutiva que realizaram exame preventivo de câncer de colo uterino (34,5%). Ressaltando que, 17,6% das mulheres realizaram o último preventivo há mais de 1 ano. No município de São Luís a situação é crítica em relação a estes indicadores, onde quase metade (47,7%) das mulheres em idade reprodutiva nunca realizaram o exame de Papanicolau.

Por isso torna-se imprescindível a existência de ações educativas voltadas para o conhecimento dos fatores de risco, ou agravantes do câncer cérvico-uterino.

Blech; Prohaska *apud* Lopes; Sousa (1995) apontam como possíveis barreiras para a realização do exame, fatores como a vergonha, o sentimento de inadequação do exame, o não reconhecimento como sendo parte integrante do grupo de risco, o medo, a falta de conhecimento acerca da importância do exame, a objeção por parte do companheiro; o temor à doença, a imaturidade sexual e o nível sócio-econômico-cultural.

Em meio a este contexto, desenvolvemos o presente estudo, que busca conhecer as dificuldades das mulheres que não aderem ao exame preventivo.

A escolha do tema como norteador desta pesquisa, teve origem nas reflexões e inquietações encontradas no campo de trabalho de nossa equipe de ESF ao depararmos que, quando se programavam mutirões para coletas de preventivos (exame Papanicolau) a demanda era pequena e a maioria daquelas que compareciam, já apresentavam algum indício da doença.

Acreditando que, o processo educativo deve contribuir para diminuir as estatísticas de morbimortalidade das mulheres decidimos elaborar esta pesquisa que objetiva identificar os níveis de conhecimento de mulheres, relacionadas com as dificuldades de aderirem aos exames de detecção precoce e melhoria da qualidade de vida das usuárias que participam de grupos de promoção da saúde, realizado pelos autores, deste trabalho, em uma comunidade carente.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar o nível de conhecimento das mulheres quanto ao exame de prevenção do câncer cérvico-uterino.

2.2 Específicos

- Conhecer o perfil das mulheres que procuram o serviço de saúde para realização do Exame Preventivo do Câncer do Colo Uterino - PCCU;
- Verificar as situações que mais causam ansiedade à mulher com relação ao exame PCCU;
- Averiguar o conhecimento das mulheres com relação ao exame PCCU.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Considerações sobre o câncer cérvico-uterino

A palavra câncer deriva do latim e significa caranguejo, provavelmente utilizada por sugerir uma adesão a qualquer lugar (AYOUB et al, 2000).

Nos dias atuais, genericamente, o câncer denomina-se tumor maligno, e seu desenvolvimento caracteriza-se por uma alteração celular, no qual se perde o controle normal do crescimento celular. A célula tumoral difere da célula normal por não mais responder aos mecanismos normais de controle de crescimento.

Para Clark; Mcgee (1997) a melhor definição para câncer seria: “Uma única célula transformada que não obedece ao regulamento da diferenciação, proliferação celular, forma um clone e continua crescendo sem respeitar as necessidades do corpo”

Segundo Ayoub et al (2000) este “clone” origina rapidamente outras células que tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando com isso, a formação de tumores (acúmulos de células cancerosas ou neoplasias malignas).

Os mais diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo.

Por exemplo, existem diversos tipos de cânceres de pele, porque a pele é formada de mais de um tipo de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais, como a pele ou mucosa, ele é denominado carcinoma. Se começa em tecido conjuntivo como osso ou músculo ou cartilagem é chamado sarcoma.

O câncer cérvico-uterino é uma afecção progressiva, que tem início com transformações epiteliais, que segundo Robbins; Cotran; Kumar (1999) podem evoluir para o mesmo processo invasor que varia de dez a vinte anos. Histologicamente as lesões cervicais pré-invasoras se desenvolvem através de alterações celulares, anteriormente denominadas por Papanicolau, em 1949, com displasia. Todavia, Freitas et al (1997) afirmam que:

Em 1979, Stegner classificou as alterações pré-invasoras de colo como displasias leves, moderadas e graves, de acordo com o grau de comprometimento do epitélio. Mais tarde Richardt, que acreditava serem essas lesões um contínuo evolutivo em direção ao câncer-invasor, reclassificou-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*.

Para Ayoub et al (2000): “São dois os tipos de câncer mais freqüentes do colo do útero: o carcinoma de células escamosas e o adenocarcinoma”.

Clark; Mcgee (1997) afirmam que o carcinoma escamoso é o mais comum (80 a 97%) e ocorre em mulheres mais idosas. Esse tipo de câncer é tradicionalmente dividido em tumores de grandes células queratinizantes e não queratinizantes e de pequenas células não queratinizantes. O adenocarcinoma ocorre em mulheres mais jovens e tem um prognóstico mais reservado; apresentando-se como um tumor endocervical volumoso e tendo uma natureza mais agressiva, é menos responsivo ao tratamento.

Freitas et al (1997), ressaltam que como os adenocarcinomas são reconhecidos pela sua capacidade de produzir mucina, poderiam ser definidos como uma neoplasia sem nenhuma evidência de diferenciação escamosa, mas com formação de estruturas glandulares ou secreção mucóide disseminada em, no mínimo, 75% das células tumorais.

O adenocarcinoma endocervical desenvolve-se na zona de transformação (ZT) de forma semelhante à neoplasia intra-epitelial cervical. À medida que o grau de diferenciação diminui, o tumor pode mostrar um dos padrões: a arquitetura glandular persiste, mas as atipias celulares e a produção de muco diminuem e, no outro a diferenciação glandular e a neoplasia

se desenvolve com um padrão mais sólido, semelhante ao carcinoma de células escamosas (FREITAS et al, 1997).

Segundo Smeltzer; Bare (1999) limitando-se somente aos tumores malignos do sistema reprodutivo feminino (excluindo a câncer de mama), estes são responsáveis pela morte de 26.400 mulheres nos Estados Unidos da América (EUA) a cada ano. Destes cânceres cerca de 15.800 são casos novos de câncer cervical invasivo que, resultam em cerca de 4.800 mortes (BRASIL, 2001). Estas estimativas apotam o câncer de colo de útero como o terceiro mais comum na população feminina, sendo superado apenas pelo câncer de pele, não melonoma e pelo câncer de mama. E, o primeiro dentre os cânceres de órgãos genitais femininos, com 23,7% dos tumores, tendo na região norte, sua maior incidência. Este tipo de tumor representa 10% de todos os tumores malignos em mulheres

Diógenes; Rezende; Passos (2003) destacam que:

O câncer de colo de útero é uma doença que pode ser prevenida estando diretamente vinculada ao grau de subdesenvolvimento do país. Isto, porque nos países em desenvolvimento a medicina curativa ainda prevalece em grande parte de todo o território secundarizando-se ou mesmo esquecendo-se a educação para a prevenção bem como disponibiliza, na maior parte, de uma baixa qualidade dos serviços de saúde. Por esse motivo é digno de uma atenção especial das autoridades profissionais de saúde e da população em geral

Embora sejam inúmeras as dificuldades em detectar ou prevenir alguns cânceres, um exame pélvico anual, juntamente com o exame Papanicolau é um método eficaz, indolor e relativamente barato, em se tratando de prevenção e diagnóstico de câncer cervical, e de acordo com Smeltezer; Bare (1999):

Os profissionais de saúde devem encorajar as mulheres a seguir esta prática de saúde por meio de exames não estressantes, que são educacionais e dão apoio além de oferecerem uma oportunidade para a paciente fazer perguntas e esclarecer desinformações. Se mais mulheres compreenderem que o exame Papanicolau não precisa ser desconfortável ou embaraçoso, as taxas de detecção precoce indubitavelmente melhorarão, e muitas vidas serão salvas.

O Ministério da Saúde esclarece a relevância de se mudar a estratégia no combate ao câncer, combinando as ações preventivas de promoção e proteção à saúde com as medidas diagnósticas e terapêuticas, especialmente as de diagnóstico precoce. Todos os níveis de atenção devem ser observados, desde o primário ao terciário com estruturas de saúde própria, uma vez que a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer envolvem todo o complexo do setor de saúde, seja público ou privado (BRASIL, 2001).

Para que a prevenção do câncer ginecológico aconteça, é necessária a participação e a colaboração da cliente, do profissional da saúde e principalmente do poder governamental, pois este último é quem fornece estrutura, recursos humanos e condições adequadas para realização da prevenção ginecológica. Essa ação conjunta influencia positivamente na luta contra o câncer cervical.

A prevenção do câncer do colo do útero baseia-se segundo Lopes; Sousa (1995) em: “Rastreamento da população assintomática, identificação das portadoras das lesões, diagnóstico dos graus de lesões das que são portadoras e tratamento adequado.”

O exame ginecológico compõe-se em minuciosos métodos ou técnicas de prevenção e diagnóstico. Sobre essas técnicas, Lopes; Sousa (1995) salientam que:

O teste Papanicolau foi introduzido com o objetivo de detectar estágios iniciais de câncer de colo e, difundido por todo o mundo, possibilita a redução da mortalidade por câncer invasivo em muitos países. Mais tarde foi introduzido como um teste destinado a mulheres assintomáticas.

O exame conhecido como teste do Papanicolau surgiu em 1943, quando Papanicolau e Traut demonstraram a presença de células atípicas em esfregaços citológicos vaginais, sem características de malignidade. Julgaram, porém, que se tratava de modificações malignas incipientes. A partir desta constatação iniciou-se a prática do diagnóstico precoce da neoplasia do colo uterino. Até então se diagnosticava apenas o carcinoma invasor (PINOTTI; ZEFERINO, 1997).

Assim, o exame microscópico das células que se desprendem do epitélio do colo uterino, denominado citologia oncótica, permite diagnosticar precocemente as lesões precursoras de câncer cérvico-uterino. Tal conhecimento permitiu que a medicina tivesse em mãos, uma arma eficiente para detecção precoce do câncer de colo de útero enquanto este órgão ainda não apresenta qualquer sintomatologia. Por isso, atualmente o teste de Papanicolau tem sido utilizado como medida de rastreamento.

O exame de Papanicolau é, confiável, de baixo custo operacional, rápido, simples, relativamente indolor e repetível. Lopes; Sousa (1995) complementam que: “O objetivo final do screening é reduzir a mortalidade por câncer de colo através da prevenção do câncer invasivo [...]”.

3.2 A atuação da equipe do Programa Saúde da Família (PSF)

Para o Ministério da Saúde a atuação da equipe de ESF na prevenção do câncer, tem sido objeto de estudo em diversos países e cada vez mais fica comprovada a sua importância nos programas de prevenção, junto à população, atuando não só como técnicos, mas também como educadores e conselheiros (BRASIL, 2001).

Durante a consulta deve-se estabelecer uma relação de confiança entre o profissional e a cliente, garantir o caráter confidencial, estimular a auto-estima e 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; capacitá-la a reconhecer as situações de risco vividas por ela.

Todavia, é importante identificar aspectos da história de vida e saúde da cliente, além de outras informações antecedentes pessoais e familiares da mesma. Portanto, não deve valorizar somente os aspectos teórico-científicos, em detrimento aos aspectos psicoafetivos na relação profissional/cliente. Deve compreender que apesar de a clientela ser constituída exclusivamente de mulheres, essas são indivíduos distintos, com características, atitudes e norma de conduta diferenciada, que se encontra em faixas etárias diversas, com problemáticas específicas e que assumem diferentes papéis sociais, familiares, econômicos, educacionais e políticos.

O profissional deve ficar alerta para aspectos que envolvem o cotidiano da mulher, contemplando a avaliação dos problemas relativos ao trabalho, a afetividade e a sexualidade, buscando assim a integridade da assistência (ELUF, 1995). Deve desenvolver o hábito de observar, como cada cliente vivencia sua ansiedade, de modo a compreender as respostas emocionais, proporcionando um clima de confiança, afim de que esta possa falar de suas intimidades, expressar suas apreensões e inquietudes.

A equipe de saúde da ESF, também atua como educadora em saúde e, a educação da população feminina está diretamente ligada a conscientização da mesma em realizar ou não o exame do colo do útero e de mama, buscando assim o serviço de saúde; o Ministério da Saúde lança várias estratégias para assegurar o acesso da mulher aos serviços de saúde, tendo dentre essas estratégias, a educação, um papel de destaque. Os profissionais de saúde precisam ser pacientes e aplicadores das diretrizes da estratégia, além de explicitarem certa facilidade em lidar com as mulheres.

3.3 Ações e programas de controle do câncer cérvico-uterino

Com o objetivo de ampliar a assistência prestada à mulher, o Ministério da Saúde elaborou em 1983, o PAISM que passou a constituir o modelo assistencial, tido como capaz de atender as necessidades globais de saúde feminina, propondo atividades de assistência integral clínico ginecológico e educativa às mulheres, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, parto e puerpério. A abordagem de problemas de adolescência até a terceira idade, o controle das doenças de transmissão sexual, do câncer cérvico-uterino e mamário e assistência para contracepção e concepção.

O conceito de integridade da assistência, presente nas diretrizes gerais do programa, pressupunha uma prática que permeasse todos os níveis de atenção (educativo, preventivo e curativo) e, conseqüentemente, uma apropriação pela clientela, dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde. Bógus; Ianni (1999) reforçam que:

Em meio à mudança no papel social da mulher, ou seja, sua inserção no mercado de trabalho, conquistas de direitos sociais e transformações desencadeadas pelos movimentos femininos e feministas, tornava-se necessário a introdução de práticas até então quase inexistentes, como o acesso de métodos e técnicas de controle de fertilidade, o acompanhamento das repercussões bio-psicossociais de gravidez não desejada, abortamento, atendimento às adolescentes e aleitamento materno, entre outras.

O PAISM é uma estratégia que busca estimular mudanças em relação ao autocuidado e à apropriação de mulheres de seus corpos e do controle de sua saúde.

A proposta do PAISM era dependente e correlacionada à proposta original do SUS, exigindo hierarquização das ações, regionalização, prioridade para as ações educativas e promoções da saúde, além do planejamento segundo referências epidemiológicas e de participação popular.

Em 1993, o Ministério da Saúde, implantou a ESF, como proposta para a contratação de um modelo de saúde. Tal modelo pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, a família e seu espaço social como núcleo básico de sua abordagem.

Ao contrário do modelo tradicional, hospitalocêntrico, centrado somente na doença o ESF, prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e das famílias, tanto os adultos, como as crianças, sadias ou doentes, de forma integral e contínua.

A ESF está estruturada em uma equipe de saúde composta, via de regra por um (a) médico (a), um (a) enfermeiro (a), um (a) auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde, responsáveis por 500 a 1000 famílias. As equipes desenvolvem ações de promoção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade em nível de atenção primária. O programa atende de acordo com o Ministério da Saúde, os 32 milhões de brasileiros expostos a maior risco de adoecer e morrer, e na sua maioria sem acesso permanente aos serviços de saúde (SOUSA, 2001).

Vasconcelos (1999) sobre a importância do PSF, diz:

A Estratégia Saúde da Família tem expandido sobretudo, em áreas onde ainda não existem centros bem estruturados. Suas unidades, muitas vezes vêm aparecendo como suas substitutas. Um desafio central do programa é mostrar sua capacidade de integração com serviços locais de saúde, bem estruturados, redefinindo quantitativamente seu modelo de atuação, mostrando que não é apenas uma proposta de atenção simplificada e barata para áreas rurais e pobres do país.

Complementa ainda que, outros desafios da ESF são mostrar que esse modelo é um alargamento de atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas, mais próximas da vida cotidiana da população, especificamente dos seus grupos mais vulneráveis.

O médico e o enfermeiro da ESF, no que se concerne à prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino, tem um papel de fundamental importância, uma vez que é de sua competência a consulta ginecológica bem como a realização de alguns programas educacionais voltados para o autocuidado, auto-exame o caso de câncer de mama, e enfatizando a importância do exame Papanicolau para prevenção do câncer de colo de útero, sendo desta forma de responsabilidade do profissional alertar a comunidade acerca dos comportamentos relacionados com a saúde, fatores de risco associados com a saúde, fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer e métodos de rastreamento de detecção precoce (SMELTZER; BARE, 1999).

O Ministério da Saúde preconiza que as ações de controle de câncer envolvam atividades preventivas e curativas, as seguir discriminadas: consulta ginecológica, colpocitologia oncológica, colposcopia, teste Shiller, biópsia com histopatologia, citologia de esfregaço cérvico-vaginal, tratamento dos processos inflamatórios e displásicos, controle dos casos negativos e seguimentos dos casos tratados (BRASIL, 2001).

3.4 Citologia do esfregaço cérvico-uterino

Segundo Almeida Filho; Passos; Lopes (1995), existem medidas de prevenção eficazes para o controle do câncer cervical, que podem ser feitas através de exames clínico-ginecológicos e de citologia na qual procura-se detectar atipias inflamatórias, displasia (neoplasia intra-epitelial cervical – INC) e carcinoma invasivo. A citologia é feita, a partir da amostra de células retiradas por raspagem da junção escamocolunar da cérvix (JEC), ou seja, da ectocérvix e endocérvix.

Freitas et al (2001) esclarecem que JEC é o local de encontro dos epitélios escamosos e colunar. Chama-se de zona de transformação se situa ao orifício externo do colo, porém sua localização varia com a idade.

A ZT é a área onde a maioria das lesões escamosas pré-cancerosas se desenvolve. As outras neoplasias se desenvolvem fora da ZT, no epitélio escamoso original (COPELAND, 1996).

Todo exame ginecológico deve ser realizado de maneira cautelosa dando destaque ao colo uterino, embora este se apresente normal. O método da citologia oncológica quando não realizado desta forma, pode influenciar na ineficácia do procedimento, tendo como requisitos para tal, a não organização do rastreamento qualidade do esfregaço, insuficiência de informações clínicas e o desempenho do laboratório.

Gompel; Koss (1997) apontam como necessário a obtenção de uma boa citologia: “Iniciar o rastreamento concomitante com o início da atividade sexual, conseguir uma taxa de participação elevada, repetir os exames em intervalos regulares e zelar pela qualidade das coletas.”

O Ministério da Saúde esclarece que para garantir uma boa qualidade dos esfregaços, as mulheres devem ser orientadas previamente, a não fazer uso de medicamentos ou duchas intravaginais durante as 72 horas antecedentes (BRASIL, 2001).

Freitas et al (1997), afirmam que para se conseguir um rastreamento eficaz, é de grande valia uma coleta de qualidade, todavia alguns motivos podem ser responsáveis por um esfregaço inadequado:

- Colo uterino não visualizado durante a coleta;
- Raspagem cervical insuficiente;
- Zona de junção escamo-cilíndrica não raspada;
- Espaçamento muito espesso ou pobre em células;

- Esfregaço hemorrágico;
- Esfregaço contaminado por um lubrificante ou creme vaginal.

3.5 Teste de Shiller

O teste de Shiller é uma solução de iodo-iodetada, chamado de lugol, que possibilita diferenciar as alterações da mucosa cérvico-uterina, dada a propriedade que tem as células de se impregnarem com uma solução de lugol, corando-se em um grau variável conforme o teor de glicogênio que contém. Este deve ser realizado após a coleta da citologia oncótica e limpeza do colo.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a interpretação do Teste de Shiller é feita em base no grau de fixação de iodo pelas células:

- Iodo positivo – Shiller negativo;
- Iodo negativo – Shiller positivo;
- Iodo claro – Shiller negativo.

3.6 Colposcopia

De acordo com Bastos (1998), a colposcopia é uma técnica que examina a ectocérvice, associada à citologia cérvico-vaginal, reduz consideravelmente o número de exames falso-negativos para o câncer de colo uterino, serve para orientar a biópsia para o local onde se observa a alteração. Serve para orientar a biópsia vaginal. Através dessa técnica é possível localizar no colo uterino as lesões pré-malignas e o carcinoma invasivo inicial, em mulheres com citologia anormal.

O autor, supra citado, ainda informa, que a colposcopia hoje, como importante técnica de exame, é importante nas ações preventivas do câncer de colo uterino, porém não deve limitar-se ao estudo do colo, mas também da vagina, região perineal e perianal, representando dessa forma, um grande avanço propedêutico para a infecção viral por HPV.

3.7 Histopatologia

O diagnóstico de certeza para uma neoplasia é estabelecido a partir do resultado do exame histopatológico de uma amostra de tecido, obtida através da biópsia.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1995), para esses tipos de exames é obtido através de alguns procedimentos, tais como:

- Biópsia dirigida – este procedimento deve ser orientado pela colposcopia, ou na falta desta pelo Teste de Shiller. O fragmento deve ser retirado de maneira adequada, em quantidade suficiente das áreas onde há suspeitas de malignidade. O material deve ser conservado em uma solução de formol a 10%;
- Biópsia em cone (conização) – é um procedimento que consiste no estudo do colo uterino em cortes seriados e/ou escalonado de material obtido cirurgicamente. Serve para diagnóstico e tratamento do câncer de colo quanto *in situ*;
- Curetagem endocervical – consiste na retirada de material do canal endocervical, quando indicada, poderá levar ao diagnóstico de lesões, especialmente idealizada para esta finalidade. Todo o material coletado deve ser imediatamente submerso em soluções fixadoras de formol a 10%.

3.8 Condutas de controle, tratamento e seguimento do câncer-cervical

São realizados vários procedimentos para o controle, tratamento e seguimento na prevenção do câncer ginecológico. O Ministério da Saúde (BRASIL, 1995) orienta que cada conduta deve ser realizada de acordo com o grau de complexidade de cada caso. As clientes com resultados citopatológicos insatisfatórios devem repetir o exame. No entanto, se o resultado estiver dentro dos limites normais, a coleta pode ser anual ou bienal. Quando o resultado tiver efeito citológico compatível com o HPV, o seguimento e o tratamento devem ser de acordo com o protocolo específico.

Quando os resultados com NIC seguem-se as seguintes condutas: NIC I (antiga displasia leve) deve-se tratar o processo inflamatório e o seguimento é geralmente semestral; NIC II (antiga displasia moderada) deve-se realizar uma reavaliação clínica, encaminhar a cliente ao nível secundário, e o seguimento é trimestral; NIC III (antiga displasia acentuada e

carcinoma “*in situ*”) é necessário encaminhar a cliente para confirmar o diagnóstico e o seguimento fica a critério médico; quanto ao carcinoma escamoso e adenocarcinoma, a conduta é encaminhar a cliente ao nível terciário (BRASIL, 1995).

3.9 Conduta para o controle do câncer cérvico-uterino a nível secundário e terciário

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) seguem-se as seguintes condutas:

- Citologia com NIC II – as pacientes com NIC II devem ser submetidas a colposcopia e biópsia. Se houver discordância do resultado, o caso deverá ser reavaliado repetindo-se a citologia;
- Se o resultado for negativo, realizar cauterização de toda zona de transformação;
- Se o resultado persistir anormal, a paciente deve ser encaminhada para conização.

O tratamento desses casos dependerá do resultado histopatológico. O seguimento das pacientes deve ser agendado, de acordo com a natureza de cada caso.

- Citologia com diagnóstico de carcinoma invasivo. Em relação as pacientes com diagnóstico de carcinoma invasivo, devem ser encaminhadas para os níveis de atenção de maior complexidade (hospitais gerais especializados), os exames de citologia cervical que tenham resultados insatisfatórios ou inconclusivos, devem ser repetidos imediatamente, e considerada a causa de falhas notificada.

3.10 Papilomavírus humano

A associação entre o câncer cervical e as doenças sexualmente transmissíveis vem sendo observada há alguns anos. Mulheres com neoplasia cervical têm maior possibilidade de contrair doenças venéreas como sífilis, gonorréia, infecção por trichomonas e clamídia. No entanto, a infecção virótica por herpes simples (HSV₂) e o HPV está diretamente relacionada ao câncer cervical (COPELAND, 1996).

A infecção por HPV é uma doença de causa viral, adquirida na maioria das vezes, através do contato sexual que, pode ter repercussões dermatológicas, urológicas, proctológicas, oftalmológicas e otorrinolaringológicas (FERNANDES, 2001).

Devido a grande variedade de manifestações clínicas, há preferência pela denominação genérica de infecção pelo papilomavírus humano, mais também conhecido como condiloma acuminado ou popularmente como “crista de galo”. São vírus de desoxirribonucleicos (DNA) que têm predileção por tecidos, e a infecção inicia-se com penetração do vírus em locais de microtraumas. O HPV é inicialmente classificado em tipos de acordo com o DNA nucleotídeo viral (FERNANDES, 2001).

Mais de 120 tipos de HPV foram descritos, destes, cerca de 30 afetam os tratos genitais humanos. O papilomavírus humano pode ser classificado em três grupos clínicos capazes de provocar doenças:

- HPV cutâneo-trópico (tem afinidade pela pele) afeta regiões não genitais (tipo 1 a 4 e 10) é quase sempre associado à lesões verrugosas benignas;
- HPV cutâneo-trópico que produz lesões clínicas inicialmente em pessoas portadoras de epidemo displasia veruciforme;
- HPV mucosogenitrópico que infecta especialmente a genitália externa ou a mucosa da boca, laringe, ânus e outras.

O HPV, também, pode ser classificado de acordo com sua capacidade de transformação neoplásica em: grupos de baixo risco (tipo 6, 11, 42, 43, 44), relacionados às verrugas genitais e neoplasias intraepiteliais de baixo grau e, grupos de alto risco (tipos de 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 66), tipicamente 16 e 18, está frequentemente associada com neoplasia intra-epitelial de alto grau porque este, aumenta o risco de progressão clonal (QUEIROZ, 2001).

De acordo com Almeida Filho; Passos; Lopes (1995), o HPV é a virose mais comum transmitida sexualmente e, apesar de ser conhecida desde a Antiguidade, somente a partir dos anos 80, é que se transformou em expressivo problema, particularmente pela última relação com lesões malignas e seus precursores.

Oyakawa; Carvalho (1999) relataram que o período de incubação, parece estar relacionado com a competência imunológica individual. Período de incubação de três semanas a oito meses, com uma média de 2,8 meses. E, relataram ainda que o HPV na forma

subclínica, também pode transcorrer de forma assintomática ou com sintomas não característicos, tais como: prurido, ardor ou queimação.

O surgimento do câncer cervical em mulheres contaminadas com o HPV vai depender do tipo de vírus presente, de carga viral e da frequência de infecções, pois de acordo com Queiroz (2001), muitas mulheres têm contato com o vírus, mas o seu sistema imunológico consegue livrar-se do agente agressor e as infecções podem ser eliminadas espontaneamente.

Em relação ao tratamento, o Ministério da Saúde informa que o objetivo deste, é a remoção de lesões condilomatosas visíveis e subclínicas, visto que, não é possível a erradicação do HPV. Recidivas são frequentes, mesmo com tratamento adequado. A escolha do método de tratamento depende do número de topografias das lesões, assim como da associação ou não com neoplasia intra-epitelial. Podem ser utilizados ácidos tricloroacéticos (ATA), a 10-90% e também eletrocauterização nas lesões do colo uterino (BRASIL, 1999).

De acordo com Passos (1995) a cliente com lesão por HPV no colo uterino deve ser orientada para que nos coitos vaginais, seus parceiros façam uso de condom durante uns dois anos após o tratamento. Este mesmo autor complementa que:

As clientes com o HPV na cérvix devem submeter-se a exame clínico e acompanhamento citológico a cada seis meses por pelo menos dois anos após o tratamento. Depois desse período, o acompanhamento pode ser habitual.

O Ministério da Saúde informa que dentre as medidas de controle de infecção por HPV, destacam-se: abstinência sexual durante o período de tratamento e seguimento da doença; encaminhar parceiros para o serviço de saúde para exame e tratamento, se necessário; educação em saúde; aconselhamento; limitar o número de parceiros sexual e uso persistente de condom.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente trabalho constitui-se num estudo descritivo com aplicação de um inquérito epidemiológico aleatório, no período de junho a agosto de 2005, na Unidade Básica de Saúde da Família, em Vargem-Grande – MA.

4.2 Local do estudo

O município de Vargem-Grande, fundado em 1935, está situado ao nordeste do Estado do Maranhão (3° 55' LS e 43° 97' LW), altitude média de 43m e área de 1957,772 km², que corresponde a 0,58% do estado (IBGE, 2005). O município é cortado por diversos rios e estuários entre eles os rios: Munim e Iguará.

Em 2005 a população estimada de Vargem-Grande era de 35.841 habitantes, e segundo dados do censo de 2000 com divisão territorial 2001 a população e domicílios eram de 34.707. (IBGE, 2005).

4.3 Coleta de dados

O tamanho amostral foi de 60 pacientes atendidas pela Estratégia Saúde da Família, da faixa etária de 12 a 65 anos, as quais já iniciaram a sua vida sexual.

Inicialmente, foi realizada uma entrevista inicial com todas as pacientes que integraram a amostra, utilizando-se para tanto um questionário com perguntas abertas e fechadas. O questionário contemplou dados como: identificação, investigação sócio-econômica, iniciação sexual e conhecimento sobre os métodos contraceptivos e sobre o exame preventivo (Apêndice A).

A realização da pesquisa só foi possível após o esclarecimento das pacientes sobre o objetivo da pesquisa e assinado o termo de consentimento (Apêndice B).

4.4 Análise dos dados

Os dados foram armazenados e analisados no programa SPSS 10.0 for Windows. Inicialmente, foram realizadas análises de estatísticas descritivas dos dados e dispostos em gráficos.

Segundo a metodologia adotada, os resultados obtidos na pesquisa encontram-se distribuídos na caracterização da amostra com idade; situação conjugal, escolaridade e profissão bem como as variáveis, início da atividade sexual, número de parceiros sexuais, conhecimento sobre o exame preventivo, o uso de preservativo, sobre DST, ocorrência e tipo de DST que já contraiu, conhecimento sobre AIDS e identificar os sentimentos frente a possibilidade de realizar o exame.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados apresentados a seguir referem-se às 60 mulheres atendidas pelo ESF do município de Vargem Grande - MA, com faixa etária entre 12 a 65 anos de idade e vida sexual já iniciada.

Este estudo serviu para conhecer e avaliar o nível de percepção das mulheres sobre o exame papanicolau. As estatísticas demonstradas geram informações que demonstram a necessidade de ações preventivas e de esclarecimento junto a essa população.

Em relação à faixa etária das mulheres entrevistadas, 25,0% estão entre 26 e 30 anos. (Gráfico 1).

Pinho; Franca-Junior (2006) destacam que:

O argumento que permeia a priorização desta faixa etária nos programas de rastreamento do câncer cervical é baseado em estudos que mostram que rastrear mulheres muito jovens não teria impacto na redução da incidência por câncer cervical, visto que neste grupo populacional as lesões predominantes são de baixo grau e mais da metade regrediram espontaneamente dentro de seis a dezoito meses.

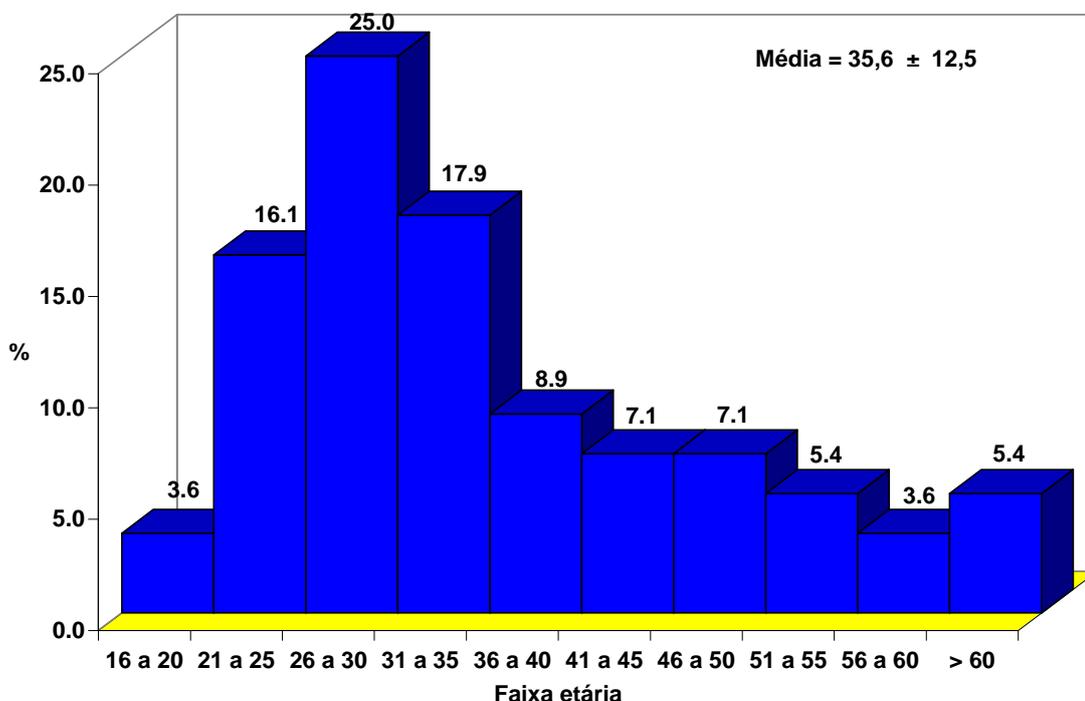


Gráfico 1 - Distribuição de frequência da faixa etária das entrevistadas. Vargem-Grande – MA, 2006.

Sobre o estado civil das mulheres entrevistadas a maioria é casada 39,7% , 34,5% solteira, 19,0% viúva, 5,2% outros e as separada representam 1,7%. (Gráfico 2).

Segundo Otto (2002) para mulheres de todas as idades, independente do estado civil recomenda-se o uso de preservativos, para reduzir o câncer de colo do útero.

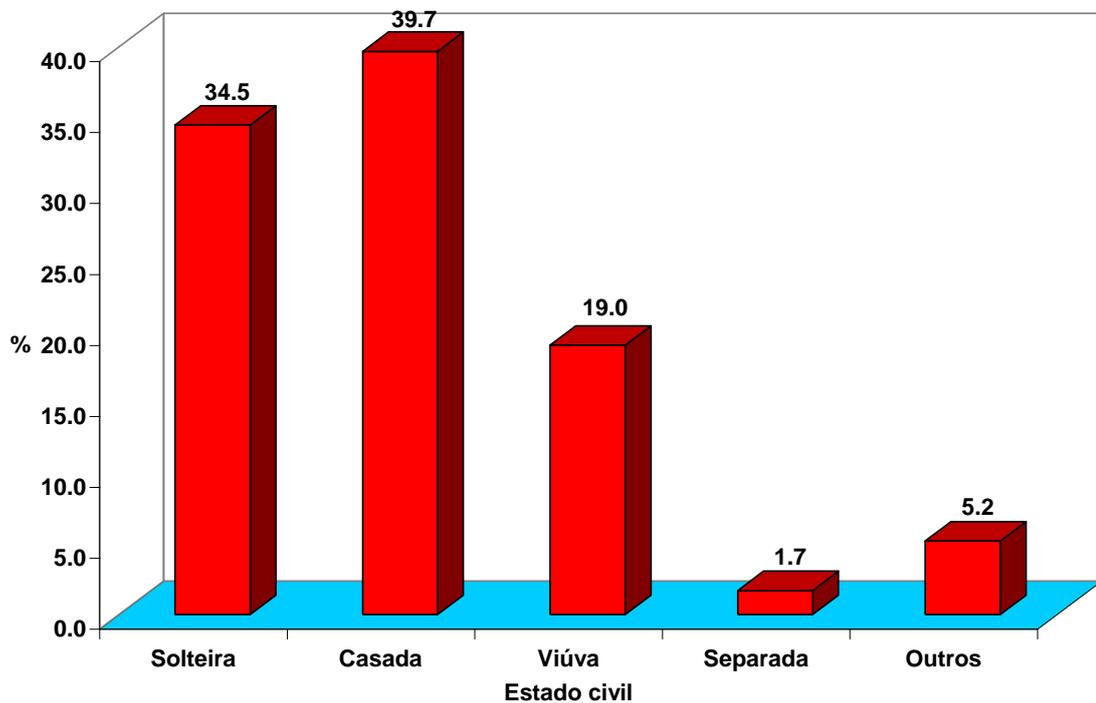


Gráfico 2 - Distribuição de frequência do estado civil das entrevistadas. Vargem-Grande – MA, 2006.

Em relação ao grau de instrução 42,9% das mulheres entrevistadas disseram ter o 2º grau completo, 28,6%, o 1º grau incompleto, 19,6% o 1º grau completo, enquanto que 8,9% disseram ser analfabetas. (Gráfico 3).

É importante destacar que a baixa escolaridade é um fator que contribui para o aumento da incidência do câncer de colo de útero, dada a ausência ou difícil acesso às informações sobre a doença.

Pinho; Franca-Junior (2006) observam que:

A crença na efetividade do teste de Papanicolau em reduzir as taxas de morbimortalidade por câncer cervical vem de duas fontes: de estudos comparativos de tendências temporais, mostrando a redução nas taxas de mortalidade por câncer cervical em diferentes países, seguida à introdução de programas populacionais de rastreamento do câncer cervical, especialmente em países escandinavos, nos Estados Unidos e no Canadá, e em estudos epidemiológicos do tipo caso-controle, indicando o risco de câncer cervical entre mulheres que nunca realizaram o teste de Papanicolau e um argumento no risco de câncer proporcional ao deste o último exame realizado.

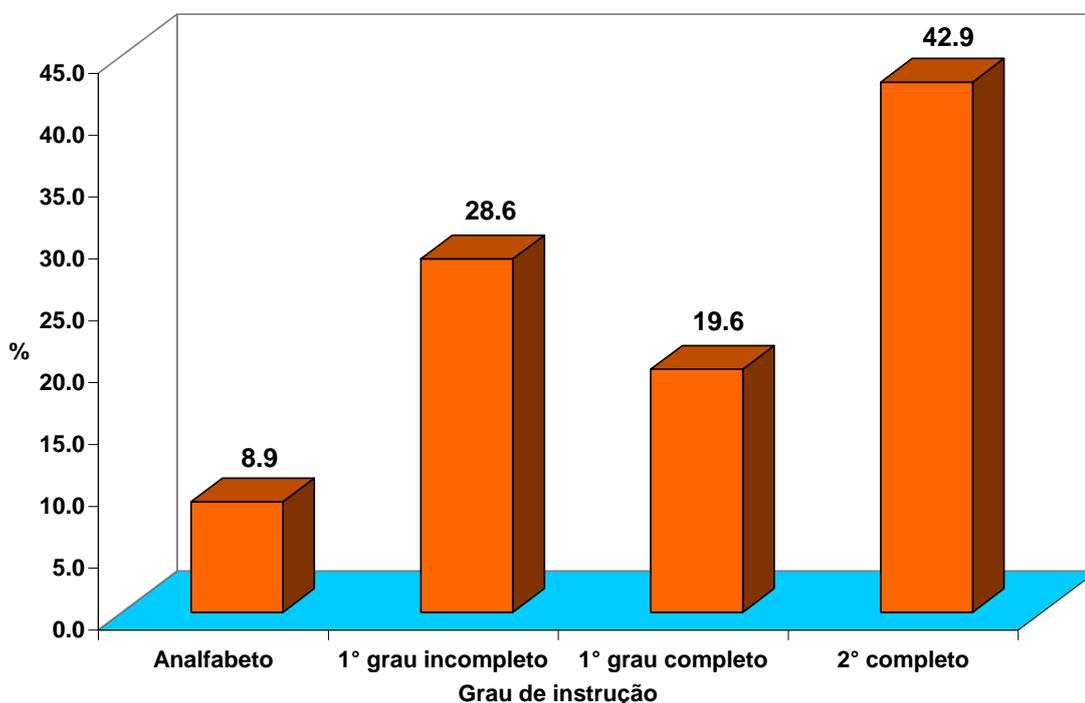


Gráfico 3 - Distribuição de freqüência do grau de instrução das entrevistadas. Vargem-Grande - MA, 2006.

Em relação à profissão das mulheres entrevistadas 26,8% eram trabalhadoras rurais, com mesma percentagem 14,3% eram professoras e do lar. (Gráfico 4).

A análise de tendência das taxas de mortalidade por essa neoplasia maligna não mostrou variação importante nesta última década. O câncer de colo uterino está fortemente associado a atividade sexual, mais especificamente ao número de parceiros, profissão e renda (MENDONÇA, 2006).

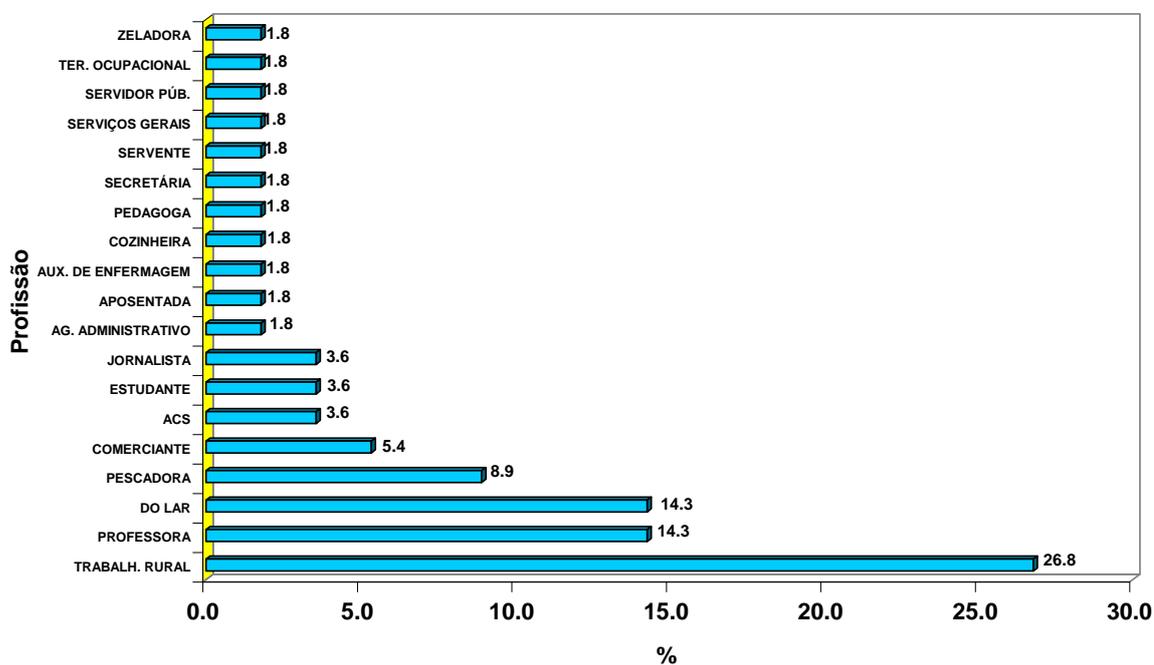


Gráfico 4 - Distribuição de frequência da profissão das entrevistadas. Vargem-Grande – MA, 2006.

De acordo com o gráfico 5, observa-se que 44% fazem uso de tabaco, 38,9% disseram fazer uso de bebida alcoólica e 50% das mulheres entrevistadas fazem uso de anticoncepcional. Outros fatores tais como o uso de contraceptivos orais e fumo também implicam no aparecimento do câncer de colo do útero.

Grame; Stlsberg *apud* Mendonça (2006) após estudos prospectivo entre 1980 e 1989 concluíram que o hábito de fumar está relacionado a neoplasia cervical intraepitelial grau III e ao câncer de colo de útero.

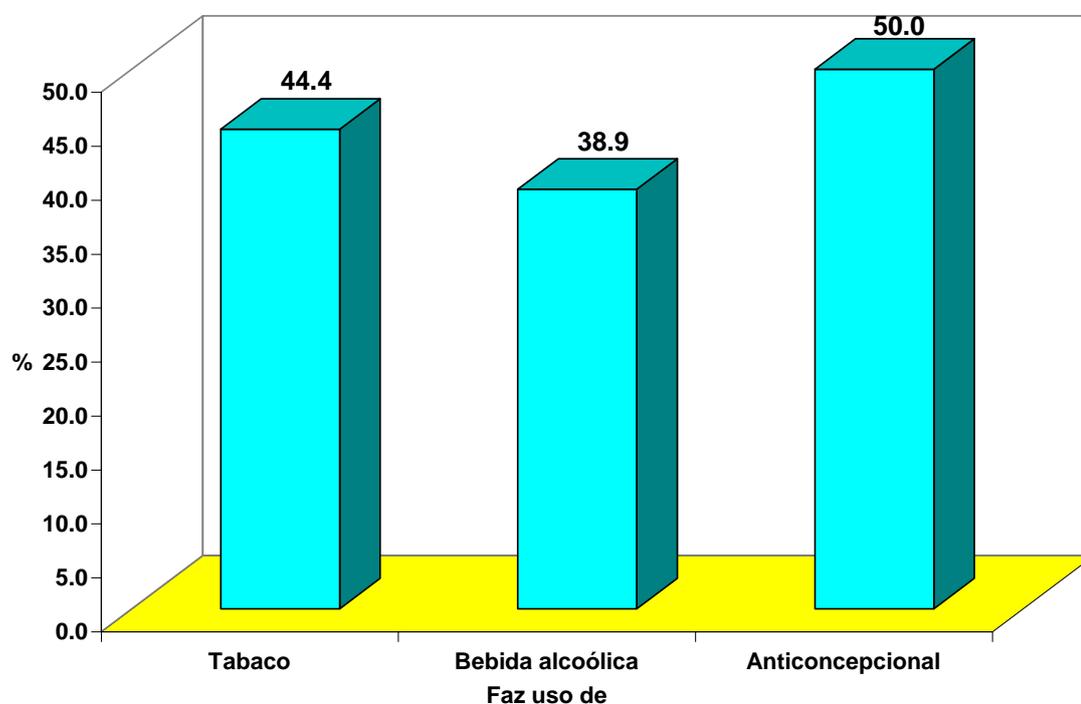


Gráfico 5 - Distribuição de frequência das respostas da pergunta “Faz uso de?”. Vargem-Grande – MA, 2006.

No gráfico 7, observa-se que 35,3% das entrevistadas disseram fazer uso do fumo, álcool ou anticoncepcional. Há cerca de 1 a 2 anos, enquanto que 41,1% das mulheres já usam de 10 a mais anos.

O INCA destaca que o tempo de uso do tabaco, da bebida alcoólica e o uso prolongado de anticoncepcional está relacionado com o câncer de colo de colo de útero (BRASIL, 2001).

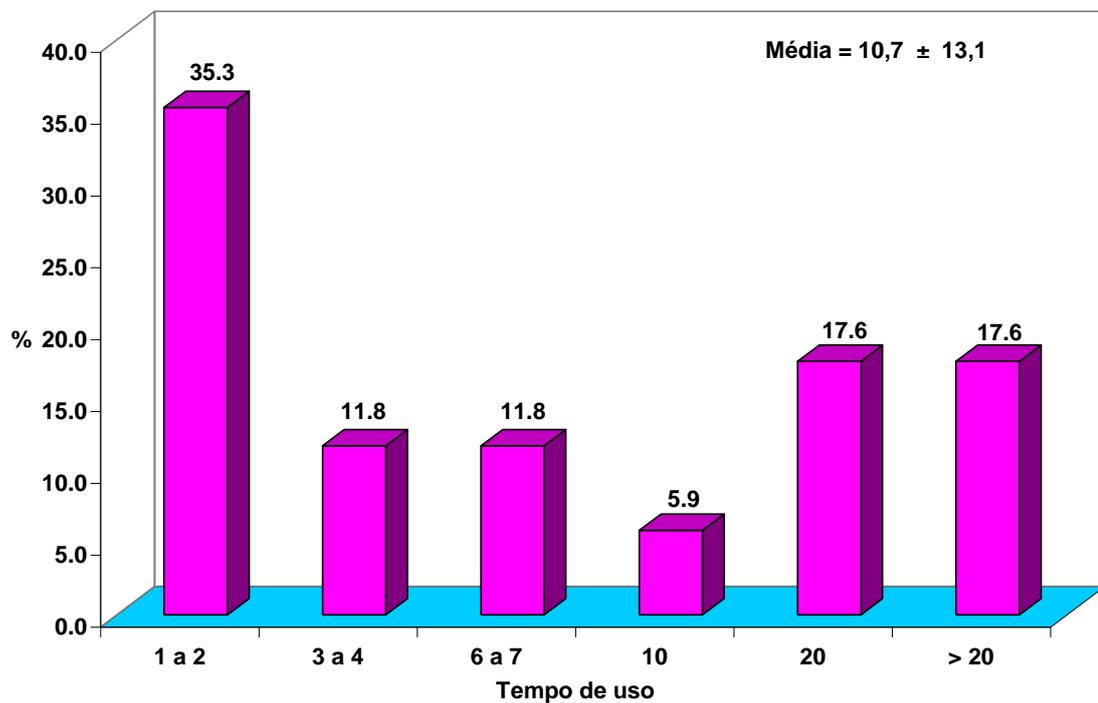


Gráfico 6 - Distribuição de frequência sobre o tempo de uso do fumo, álcool ou anticoncepcional. Vargem-Grande – MA, 2006.

Em relação à idade da primeira relação sexual, 24% das mulheres tiveram a sua primeira relação sexual entre 12 a 16 anos, 41,4% das mulheres tiveram entre 17 e 19 anos. o que é relativamente cedo (Gráfico 7).

Segundo Sasse (2005) a relação sexual precoce aumenta o risco do aparecimento do câncer de colo de útero.

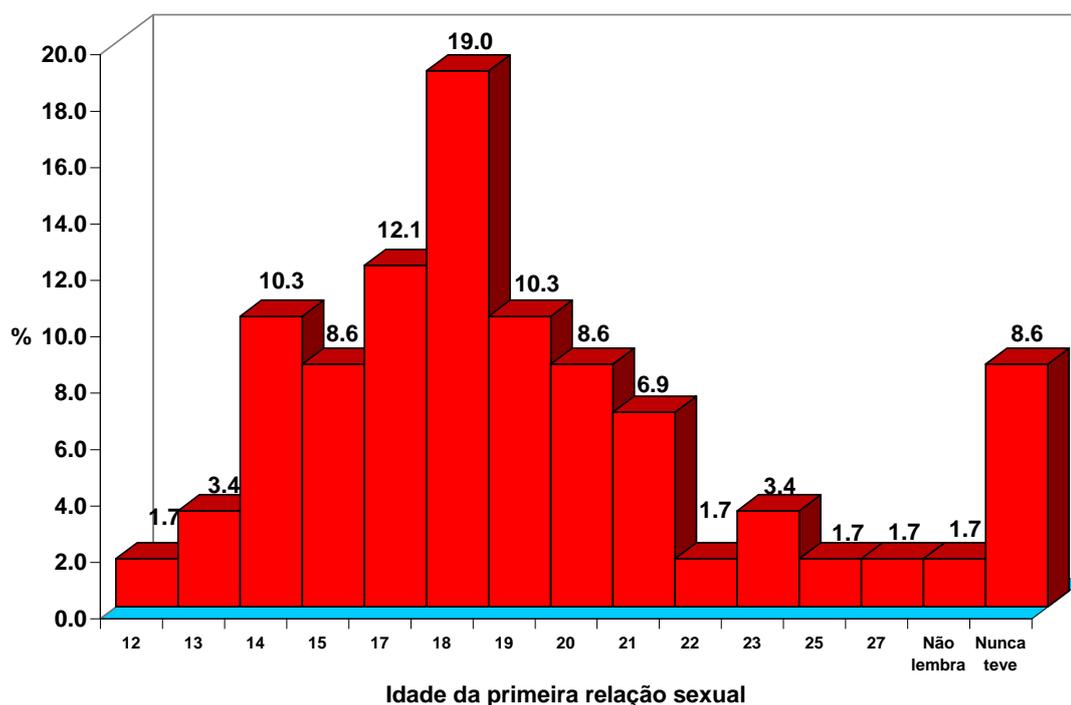


Gráfico 7 - Distribuição de frequência sobre a idade da primeira relação sexual. Vargem-Grande – MA, 2006.

No gráfico 8, constata-se que 67,2% das mulheres entrevistadas tem apenas um parceiro, 18,9% tiveram 2 a mais parceiros, e de acordo com Terconi et al (2006) mulheres com múltiplos parceiros estão mais sujeitas a desenvolver o câncer de colo de útero.

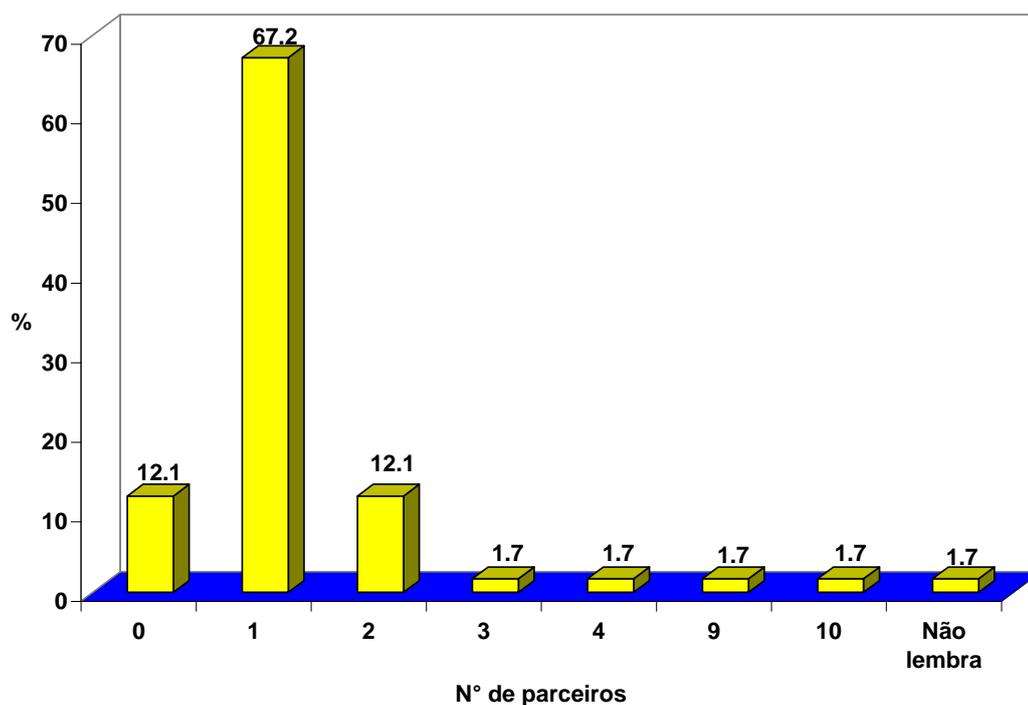


Gráfico 8 - Distribuição de frequência sobre o número de parceiros. Vargem-Grande – MA, 2006.

Entre as mulheres entrevistadas verificou-se que 80,0% disseram não ter tido DST e 14,0% disseram que sim. (Gráfico 9).

A estratégia básica para o controle da transmissão das DST e do HPV, se dará por meio da constante informação para a população em geral e de atividades educativas que priorizem a percepção em relação ao câncer e a mudança no comportamento sexual, assim como a adoção de medidas preventivas (BRASIL, 1995).

O câncer de colo de útero e o HPV estão entre as conseqüências das doenças sexualmente transmissíveis.

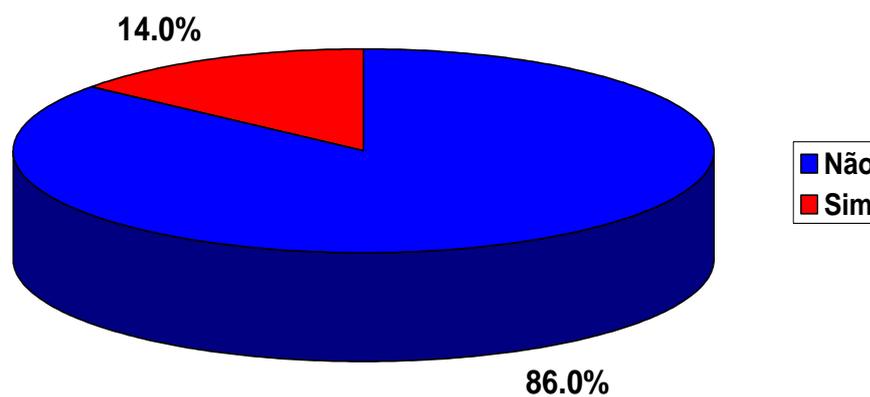


Gráfico 9 - Distribuição de frequência sobre se já teve alguma DST. Vargem-Grande – MA, 2006.

Em relação à realização do exame preventivo, 77,2% das mulheres entrevistadas o tinham realizado o exame e 22,8% disseram não ter feito o exame.

O exame Papanicolau tem se mostrado de grande importância para redução da incidência do câncer de colo de útero, assim torna-se cada vez mais necessária dar atenção especial àquela mulher que por algum motivo como: mito, medo, tabu, crença não realizaram o exame.

É necessário esclarecer que o exame Papanicolau, realizado anualmente é eficaz, indolor e relativamente barato, em se tratando de prevenção e diagnóstico do câncer cervical, e de acordo com Smeltzer (1999) “[...] apesar das inúmeras dificuldades é eficiente na prevenção.”

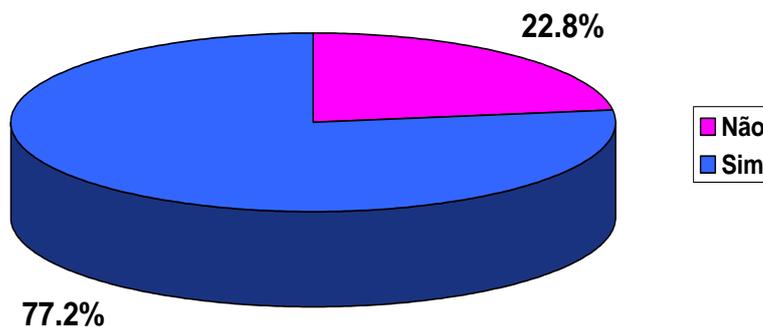


Gráfico 10 - Distribuição de frequência sobre a realização do exame preventivo antes. Vargem-Grande – MA, 2006.

Em relação à realização do último exame Papanicolau, 41,3% das mulheres entrevistadas fizeram a menos de 1 ano, enquanto que 30,4% há mais de 2 anos é que fizeram o último exame, para Smeltzer (1999): “É responsabilidade do profissional alertar a comunidade acerca dos comportamentos relacionados com a saúde, fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer e métodos de rastreamento da detecção precoce.”

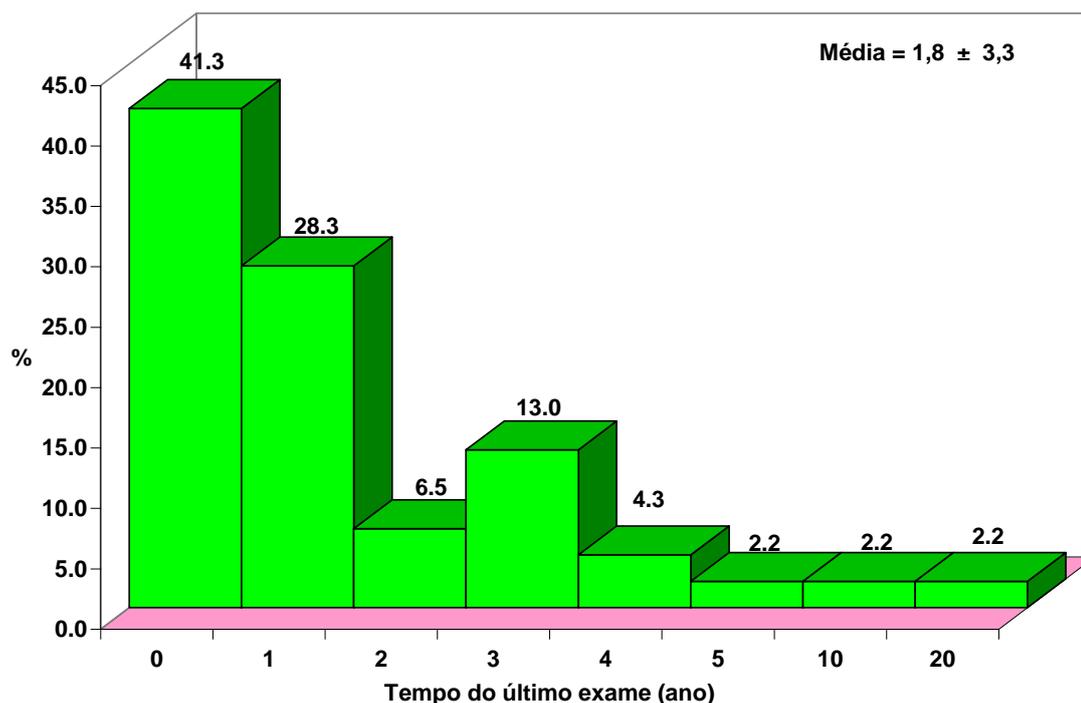


Gráfico 11 - Distribuição de frequência sobre o tempo do último exame. Vargem-Grande – MA, 2006.

No que se refere à forma de como deve ser feito o exame preventivo 33,3% disseram que deve ser feito com atenção e cuidado para não doer, 16,7% que deve ser feito com um profissional competente e com uma mulher e 33,3% disseram não saber. (Gráfico 12).

Neste sentido a estratégia da ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação das pessoas, de forma integral e contínua. Onde o atendimento é prestado na unidade de saúde ou no domicílio, pela equipe da ESF, dessa forma é criado um vínculo de co-responsabilidade entre os profissionais da equipe e a comunidade, o que facilita a identificação do atendimento dos problemas de saúde (BRASIL, 2001).

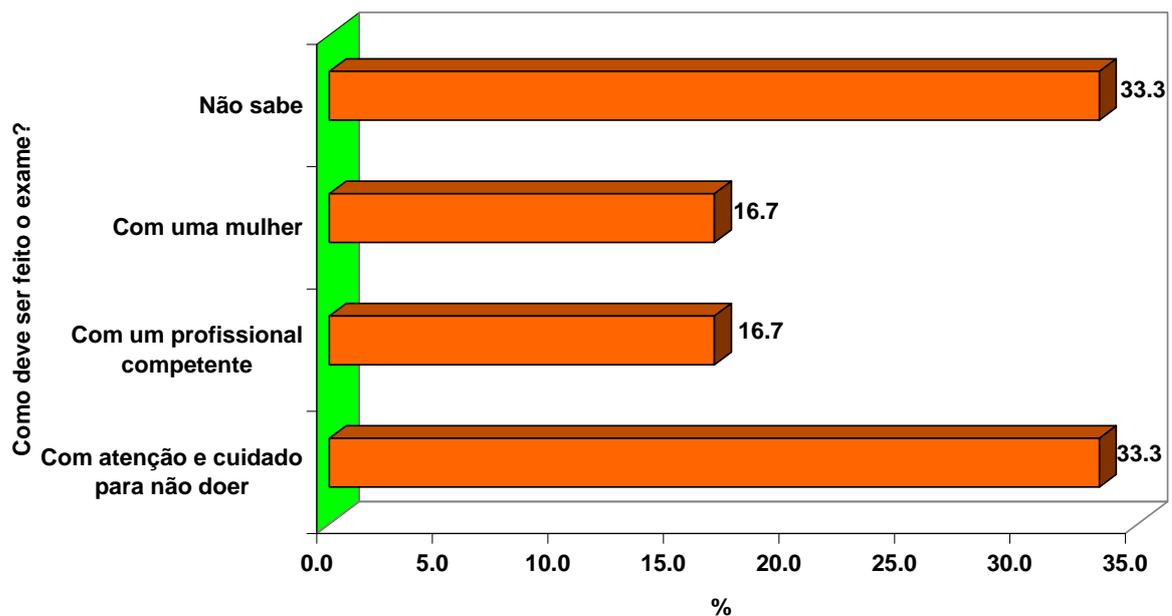


Gráfico 12 - Distribuição de frequência sobre como deve ser feito o exame preventivo. Vargem-Grande – MA, 2006.

No gráfico 13, observa-se que 25,5% das mulheres entrevistadas sentem-se normal frente à realização do exame Papanicolau, 17,7% sentem nervosismo e ansiedade, 13,7% vergonha, 9,8% insegurança, 5,9% dor, sendo o mesmo percentual para o constrangimento e medo, 3,9% preocupação e 2,0% para o alívio, incômodo e não sabe.

Conclui-se, portanto, que a maior percentagem demonstra que seria necessário para as mulheres, a oportunidade de receberem mais orientações educativas sobre a realização do exame e a importância do mesmo para a sua saúde. O que em parte explica que o diagnóstico tardio e os tabus apresentados pelas mulheres e a manutenção das taxas de mortalidade, bem como as altas taxas de incidência observadas no Brasil pela não realização do exame dificulta o tratamento e a prevenção (BRASIL, 2003).

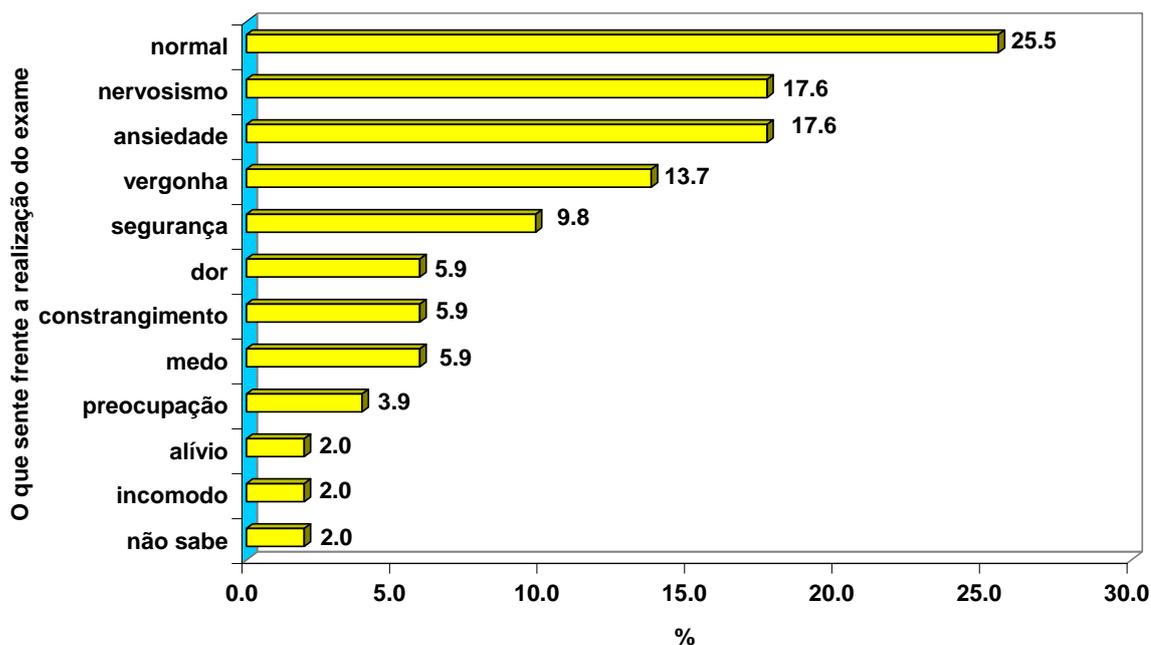


Gráfico 13 - Distribuição de frequência sobre o que sente frente a realização do exame. Vargem-Grande – MA, 2006.

Um dos motivos mais apontados que impede a mulher de realizar o exame preventivo é o medo, com uma percentagem de 33,3%; 22,2% disseram que não deu para fazer, a falta de interesse, não precisa, não havia esse exame na cidade obtiveram a percentagem de 11,1% . (Gráfico 14).

Terconi et al (2006), preconiza que devido ao baixo nível sócio-econômico, social e cultural, contribui para o aumento do risco de adoecer, provavelmente por não fazerem exames preventivos regularmente, detectando possíveis complicações.

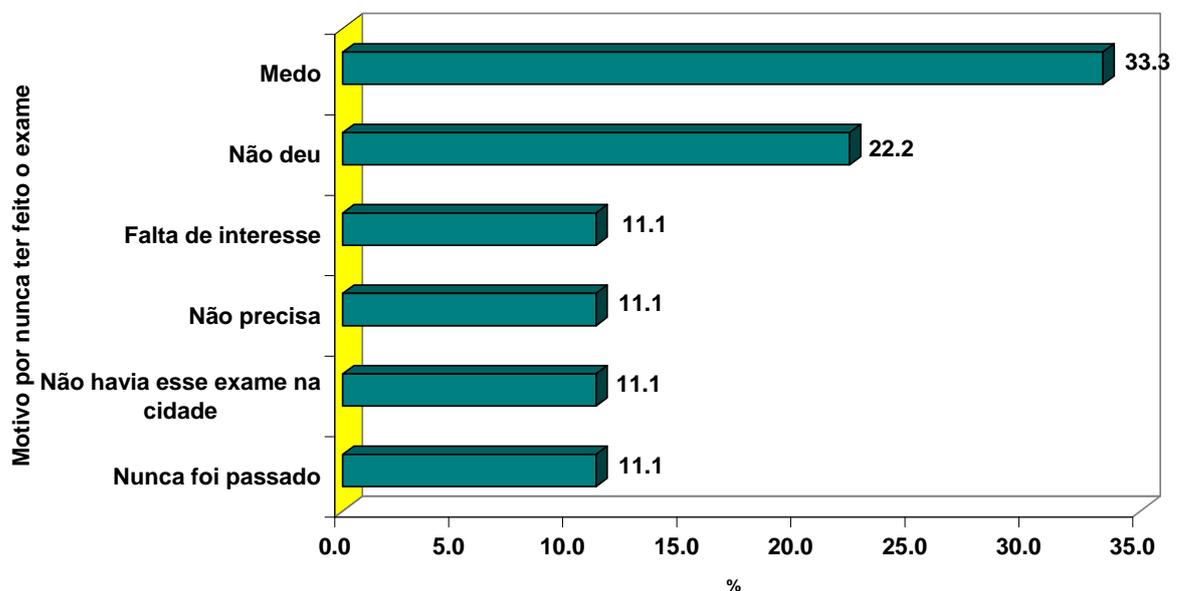


Gráfico 14 - Distribuição de frequência sobre como deve ser feito o exame preventivo. Vargem-Grande – MA, 2006.

Em relação ao conhecimento das mulheres entrevistadas sobre a quais doenças podem ser prevenidas, 47,1% disseram a AIDS, 37,3% as DST, em seguida com 19,6% o câncer de colo de útero. O HPV aparece com 3,9%.

Broneer (2005) ressalta que “O câncer de colo prevenido com consultas e exames periódicos anuais reduzirá o alto índice de mulheres infectadas por doenças degenerativas.”

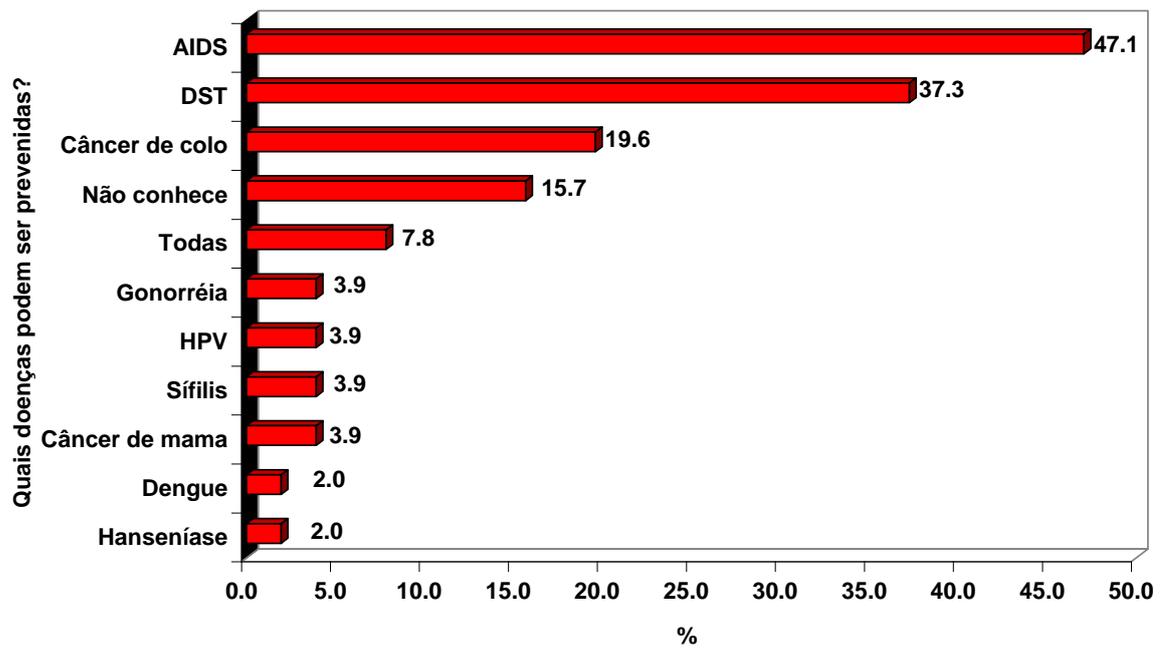


Gráfico 15 - Distribuições de frequência sobre quais doenças podem ser prevenidas. Vargem-Grande – MA, 2006.

Em relação à explicação dada pelo profissional para as mulheres entrevistadas sobre o exame preventivo, observa-se que 64,8% disseram entender, 18,5% às vezes e 16,7% não entendem a explicação.

O Ministério da Saúde relata a prevenção como fator decisivo para detectar dados estimados de morbi-mortalidade já que este se constitui um poderoso auxílio para ações de prevenção contra a população, principalmente entre países como Brasil onde esperam-se modificações no perfil morbi-mortalidade (BRASIL, 2003).

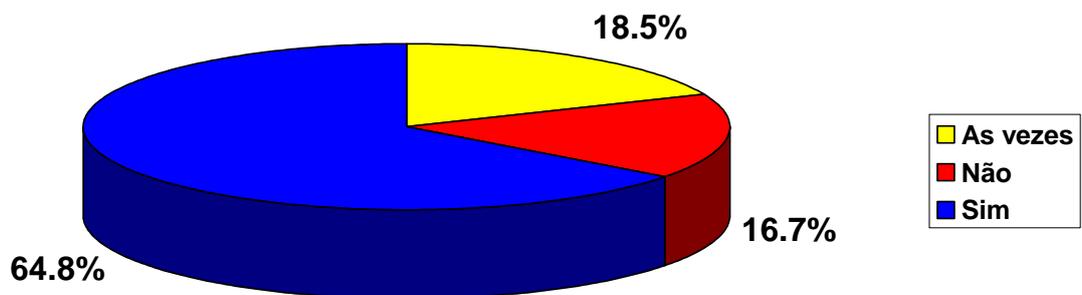


Gráfico 16 - Distribuição de frequência sobre se entende a explicação do profissional? Vargem-Grande – MA, 2006.

Em relação à importância dada ao exame preventivo pelas mulheres entrevistadas, observa-se no gráfico 17, que 69,1% consideram o exame importante, sendo que 30,9% não consideram importante a realização do exame preventivo.

Segundo Terconi et al (2006) o exame Papanicolau foi preconizado como medida de prevenção do câncer de colo do útero. “Devendo, ser feito a princípio por todas as mulheres a partir do início da vida sexual, uma vez que as alterações frequentemente ocorrem em mulheres jovens, com idade entre 13 e 19 anos.”

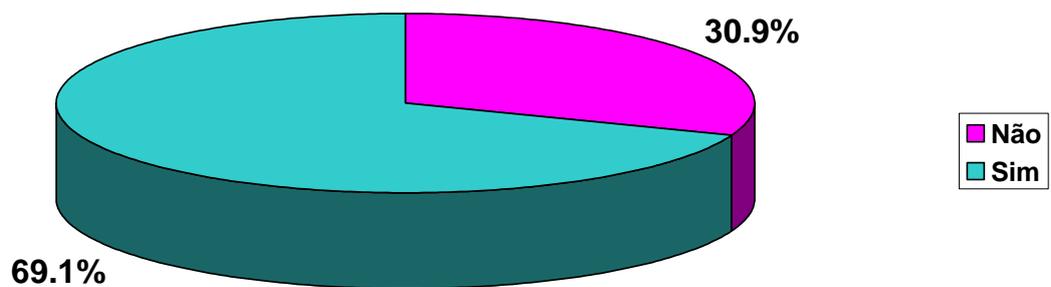


Gráfico 17 - Distribuição de frequência sobre entende a Importância do exame preventivo. Vargem-Grande – MA, 2006.

No gráfico 18, percebe-se que 87,8% das mulheres entrevistadas buscam o resultado do exame, 8,2% não buscam e 4,1% buscam às vezes. Pode-se concluir que há o interesse no retorno, o que indica em dar continuidade ao tratamento.

Para Lopes; Sousa (1995) a prevenção do câncer do colo útero baseia-se em rastreamento da população assintomática, identificação das portadoras de lesões, diagnósticos dos graus de lesões das são portadoras e tratamento adequado.

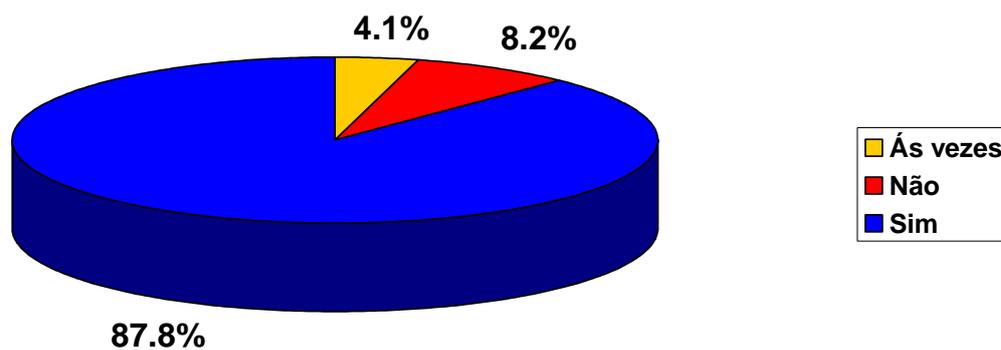


Gráfico 18 - Distribuição de frequência sobre se busca o resultado do exame. Vargem-Grande - MA, 2006.

Em relação ao uso da camisinha na relação sexual, observa-se que 60,7 disseram que já usaram camisinha durante a relação, enquanto que 39,9% disseram que nunca tiveram relação sexual com camisinha. (Gráfico 19).

Estes dados demonstram que o uso da camisinha não faz parte do ato sexual das mulheres entrevistadas, que implica a necessidade de esclarecimento sobre os benefícios do uso desta na prevenção não só da gravidez indesejada, mas também das DST.

Os dados confirmam a tendência mundial de crescimento da doença devido ao aumento na expectativa de vida, das pessoas, devido as mudanças socioeconômicas e o aumento do tabagismo e vida sedentária (BRASIL, 2006).

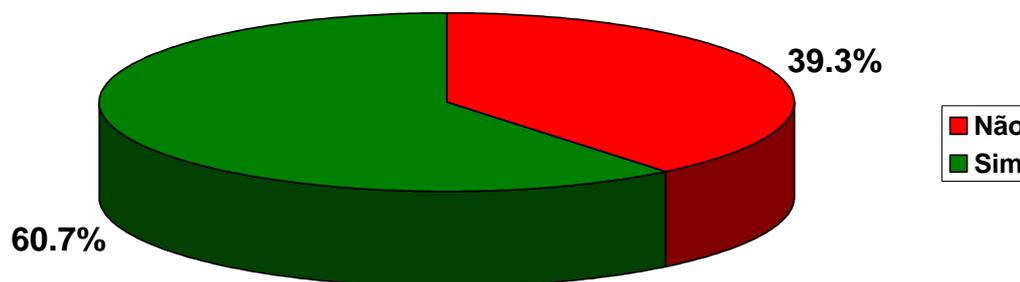


Gráfico 19 - Distribuição de frequência sobre se já teve relação com camisinha? Vargem-Grande – MA, 2006.

No gráfico 20, observam-se os motivos pelos quais as mulheres entrevistadas não usam camisinha, sendo que 26,1% disseram não usar porque têm somente um parceiro e confiam nele. Dado interessante é que 21,7% disseram não conhecer a camisinha, o que vem demonstrar a falta de informação por parte das mesmas da importância de seu uso. A falta de vontade de usar camisinha por parte das entrevistadas aponta 17,4%, já 13,0% não acharam necessário, 8,7% disseram que o companheiro não gostava, sendo o mesmo percentual para as que nunca tiveram relação e 4,3% disseram que não deu e não se importaram em usar.

Para Brasil (2003) uma maior exposição aos fatores de risco contribui para elevação da incidência e ausência de prevenção, associada ao acesso do sistema de saúde, interfere no diagnóstico e registro de alguns casos.

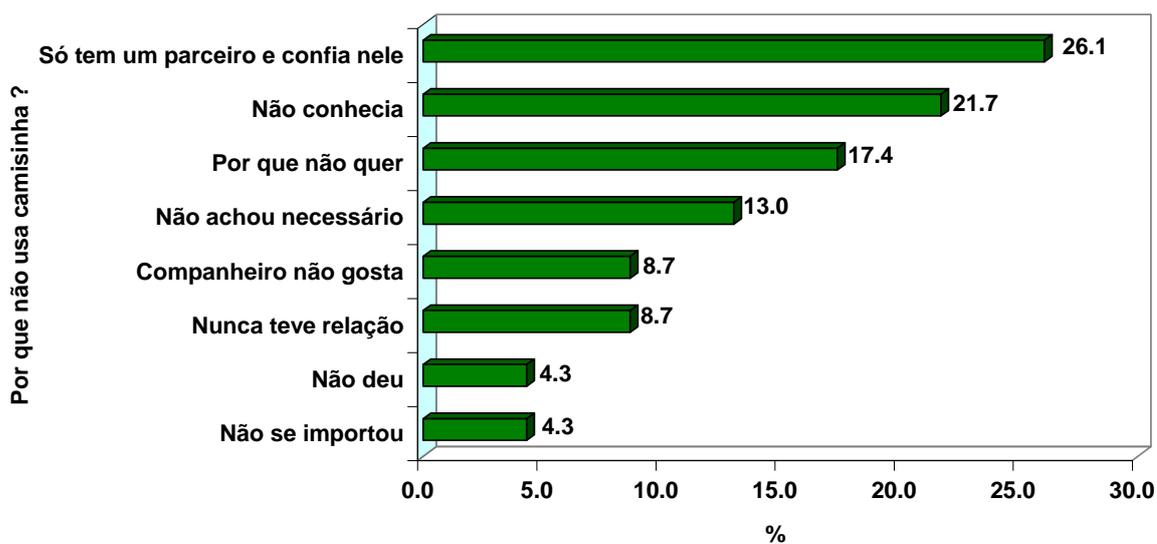


Gráfico 20 - Distribuição de frequência sobre o por que de não usar a camisinha? Vargem-Grande – MA, 2006.

6 CONCLUSÃO

O exame Papanicolau é muito importante para a detecção, prevenção e combate das doenças sexualmente transmissíveis e seus agravos. Os dados apresentados referem-se às 60 mulheres atendidas pela ESF do município de Vargem Grande - MA, com faixa etária entre 12 a 65 anos de idade e vida sexual já iniciada. Onde se identificou que em relação à faixa etária das mulheres entrevistadas, 25,0% estão entre 26 e 30 anos de idade, sendo a maioria é casada 39,7%, quanto ao grau de instrução 42,9% das mulheres entrevistadas disseram ter o 2º grau completo, no entanto em relação à profissão das mulheres entrevistadas 26,8% eram trabalhadoras rurais, quando perguntamos sobre a primeira relação sexual 19% relataram que tiveram relação sexual na faixa etária de 14 a 19 anos de idade.

Quanto ao tempo corrido desde último preventivo 77,2% disseram ter feito o exame preventivo a menos de um ano, dentre as que não fizeram apontaram como motivo não estarem preparadas ou não acham importante. Porém, 69,1% das mulheres entrevistadas disseram ser importante a realização do exame e 30,9% disseram não ser importante a realização do exame preventivo. Quando questionadas sobre quais doenças podem ser prevenidas, a AIDS foi a mais prevalente, 37,3% as DST, em seguida com 19,6% o câncer de colo de útero.

Um dos motivos mais apontado que impede a mulher de realizar o exame preventivo é o medo, com uma percentagem de 33,3%; já 25,5% das mulheres entrevistadas sentem se normal frente à realização do exame Papanicolau, 17,7% sentem nervosismo e ansiedade, 13,7% vergonha, 9,8% segurança, 5,9% dor, sendo o mesmo percentual para o constrangimento e medo, 3,9 preocupação e 2,0% para o alívio, incômodo e não sabe.

A partir destes dados podemos concluir que a realização do exame preventivo é fundamental para a detecção, prevenção e tratamento de doenças relacionadas ao colo uterino, sendo que a difusão de informações sobre este assunto deve ser contínuo e eficaz de forma a possibilitar, cada vez mais, o acesso das mulheres ao exame, e conseqüentemente à saúde.

Vale ressaltar a importância da existência de serviços organizados que ofereçam exames rotineiramente de forma confiável e de qualidade.

Entre os dados aqui apresentados e analisados, têm-se informações relevantes a cerca da visão das mulheres entrevistadas sobre o exame preventivo Papanicolau.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Dayse Santos de. **A saúde da família no sistema único de saúde: um novo paradigma?**.1998. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.

ALMEIDA FILHO, G. L.; PASSOS, M. R. L.; LOPES, P. C. Papilomavírus genital (condiloma acuminado). In: PASSOS, M. R. L. **DST: doenças sexualmente transmissíveis**. 4. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995, p. 220-259, cap. 20.

AMORIM, M. H. C. et al. Oficina de trabalho: mulher uma viagem ao seu corpo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 49, n. 2, abr./jun., 1996, p. 281.

AYOUB, A. C. et al. **Planejamento o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000.

BASTOS, A. C. **Ginecologia**. 10. ed. São Paulo: Atheneu, 1998.

BOGUS, C. M; IANNI, A. M. Z. Boneca Gertrudes: identidade feminina e práticas educativas em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu: Fundação UNI, 1999, v. 3, n. 4, p. 93-104.

BRASIL deve ter 472 mil novos casos de câncer em 2006. Disponível em: <<http://www.portalcnn.com/notícia>>. Acesso em: 24 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA/COMPREV. **Estimativa da incidência e mortalidade por carência no Brasil**. Rio de Janeiro, 2001.

_____. **Programa Saúde da Família - PSF**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 out. 2003.

_____. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Câncer do colo uterino**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 26 ago. 2003.

_____. Coordenação de Programa de Controle de Câncer – Pro-Onco. **O problema de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 1999.

_____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Ações de enfermagem para o controle de câncer**. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1995.

_____. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do programa saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004, 140p.

_____. **Saúde da família**: uma estratégia para a orientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997. 34p.

BRONNER; SUDDASTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, v. 1, cap. 16.

CLARK, J. C.; MCGEE, R. F. **Enfermagem oncológica, um currículo básico**. Tradução de Luciane Lalakum e Leniza Gerhardt. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 26-271.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Informes & Notícias, jul./ago. 1998. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/informes/240898/cancerutero.html>. Acesso em: 27 out. 2006.

COPELAND, L. J. **Tratado de ginecologia**. Tradução de Israel J. Lemos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, p. 905-933.

DETECÇÃO precoce para o câncer de colo uterino. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo> . Acesso em: 25 out. 2006.

DIÓGENES, M. A. R.; REZENDE, M. D. S.; PASSOS, N. M. G. **Prevenção do câncer**: atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem ginecológica – aspectos éticos e legais da profissão. Fortaleza: Pauchaim Ramos, 2001. Disponível em: <http://www.yahoo.com.br/noticias/saude>. Acesso em: 30 set. 2003.

ELUF, M. L. **Consulta ginecológica vista do outro lado da mesa**. Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia. Porto Alegre, 1995.

FERNANDES, E. R. de Q. Infecção por HPV, o que é isso? **Revista da Santa Casa de Misericórdia de Sobral**, ano. 4, n. 21, ago. 2001.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 186-213.

GOMPEL, C.; KOSS, L. G. **Citologia ginecológica e suas bases anatomo clínicas**. Tradução de Inacy Welkon. Rio de Janeiro: Manole, 1997.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 out. 2005.

INCIDÊNCIA de câncer dobrou em 30 anos, diz pesquisa. Disponível em: <<http://bbc.co.uk>>. Acesso em: 27 out. 2005.

LAMY FILHO, Fernando et al. **Seminários de pesquisa**. São Luís: UFMA, 2003.

LAPIN, Guilherme A, DERCHAIN, Sophie FM y TAMBASCIA, Julia. Oncologic colpocytology collected in the public health and re. **Rev. Saúde ference services in the diagnostic of the severity of intraepithelial cervical lesion Pública**, v.34, n.2, p.120-125, abr. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 abr. 2006.

LOPES, L. R. M.; SOUSA, I. E. O. Prevenção do câncer cérvico-uterino – desafio para todos. **Feminina**, v. 23, n. 5, jun. 1995, p. 463-467.

MENDONÇA, Guinar Azevedo e Silva. Câncer na população feminina brasileira. **Rev. Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 68-75, fev. 1993.

MERIGHI, M. A. B.; HOLGA, L. A; PRAÇA, N. S. Detecção precoce do câncer cérvico-uterino em uma unidade básica de saúde: uma estratégia de ensino. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 21, n. 5, set./out., 1997.

NICOLAU, Sérgio Mancini. Existe câncer do colo uterino sem HPV?. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 49, n.3, p.236-237, jul. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 26 abr. 2006.

NONNENMACHER, Bernadete, BREITENBACH, Vanessa, VILLA, Luisa Lina *et al.* Identificação do papilomavírus humano por biologia molecular em mulheres assintomáticas. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.1, p.95-100, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 abr. 2006.

NORONHA, Vânia, MELLO, Wyller, VILLA, Luísa *et al.* Papilomavírus humano associado a lesões de cérvix uterina. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, v.32, n.3, p.235-240, maio/jun. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 abr. 2006.

OTTO, Shirley E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichamann; Affonso, 2002.526p.

OYAKAWA, N.; CARVALHO, J. J. N. **HPV: papilomavírus humano**. São Paulo: Serano, 1999.

PASSOS, M. R. L. **DST: doenças sexualmente transmissíveis**. 4. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995.

PINHO, Adriana de Araujo e FRANCA-JUNIOR, Ivan. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil.**, v.3, n.1, p.95-112, jan./mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 abr. 2006.

PINOTTI, J. A.; ZEFERINO, L. O. **Programa de controle do câncer cérvico-uterino**. São Paulo: Unicamp, 1997, p. 28-43.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001, p. 2-8.

QUEIROZ, M. L. M. **Papanicolau humano: sua ligação com o câncer**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ROBBINS, S. L.; COTRAN, R. S.; KUMAR, V. **Patologia estrutural e funcional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

ROBERTO NETO, Alfredo, RIBALTA, Julisa Chamorro Lascasas, FOCCHI, José *et al.* Evaluation of the Methods Employed by the National Program of Uterine Cervical Cancer Control of the Brazilian Health Ministry. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetrícia**, v.23, n.4, p.209-215, maio 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 26 abr. 2006.

SASSE, André Deek. **Câncer de colo do útero**. Disponível em: <<http://www.andre.sasse.com/colo.htm>>. Acesso em: 27 out. 2005.

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

SOUSA, V. B. **A prática de educação em saúde por enfermeiros do Programa Saúde da Família**. Sobral: Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2001.

TAXAS estimadas de incidência de neoplasias malignas. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 27 out. 2005.

TERCONI, P. et al. **Estudo da incidência de câncer de colo de útero nas regiões da grande Florianópolis e sul do estado de Santa Catarina e análise da metodologia utilizada para realização do exame.** Disponível em: <http://www.portaldaginecologia.com.br>. Acesso em: 27 out. 2006.

TONIAL, Sueli Rosina; SILVA, Antonio Augusto Moura da. **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão.** São Luís: Secretaria de Estado da Saúde; Unicef, 1997.

TUDO sobre câncer de colo de útero. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/material>. Acesso em: 27 out. 2006

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção da saúde da família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 1, n. 1, nov. 1998/fev. 1999, p. 11-18.

APÊNDICES

APÊNICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO

1) IDENTIFICAÇÃO

Local:

Data:

Nome:

Idade:

Estado Civil: () solteira

() casada

() estado marital

() viúva

() separada

() outros

2) GRAU DE INSTRUÇÃO

() analfabeto

() primeiro grau completo

() primeiro grau incompleto

() segundo grau

() segundo grau incompleto

() superior

3) PROFISSÃO: _____

4) RELIGIÃO: _____

5) FAZ USO DE:

() tabaco

() bebida alcoólica

() anticoncepcional

() drogas

Há quanto tempo? _____

6) COM QUE IDADE MANTEVE A PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL? _____

7) NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS? _____

8) TEVE ALGUMA DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL? _____

() sim

() não

Qual? _____

9) FEZ ALGUM EXAME PREVENTIVO ANTERIORMENTE?

() sim

() não

10) TEMPO DO ÚLTIMO EXAME PREVENTIVO? _____

11) O QUE VOCÊ SENTE FRENTE À REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO?

12) SE ESTIVER FAZENDO O PREVENTIVO PELA PRIMEIRA VEZ, COMO ACHA QUE DEVE SER FEITO EXAME?

13) SE NUNCA FEZ UM PREVENTIVO, POR QUAL MOTIVO NÃO O FEZ?

14) QUAIS AS DOENÇAS QUE VOCÊ CONHECE QUE PODEM SER PREVENIDAS?

15) ENTENDE QUANDO O PROFISSIONAL DE SAÚDE LHE EXPLICA O EXAME?

sim não

16) DURANTE AS CONSULTAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM, ALGUM PROFISSIONAL LHE FALOU SOBRE A IMPORTÂNCIA DE SE REALIZAR O PREVENTIVO?

sim não

17) TODAS AS VEZES QUE FEZ O PREVENTIVO FOI BUSCAR O RESULTADO?

sim não às vezes

18) VOCÊ JÁ TEVE RELAÇÃO SEXUAL COM CAMISINHA?

sim não

19) POR QUE NÃO A FEZ? _____

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

Orientador(a): Profº Doutor Sílvio Gomes Monteiro

Endereço. Condomínio Tropical I, Bl. 4, Apto. 303 - Cohama

Fone. 3246-1643 / 8118-0020

E-mail: silvio_gomes@hotmail.com

Pesquisadores: Cristina Rosângela Silva do Nascimento, Luzineide Alencar Muniz, Marina Frassinete Rosário Viana, Raquel Pereira Carvalho.

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa/HU-UFMA: Wildoberto Batista Gurgel

End. do Comitê: R. Barão de Itapary, 227 Centro; Fone: 32191233

VISÃO DAS MULHERES QUANTO AO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO, ATENDIDAS PELA ESF DE VARGEM-GRANDE - MA

Prezado(a) Sr(a), estamos realizando uma pesquisa sobre a visão das mulheres em relação ao exame de prevenção do câncer de colo uterino que são atendidas pelo Programa Saúde da Família do município de Vargem-Grande - MA. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o(a) Sr(a) que ajudarão a conhecer melhor a população atendida nessa Unidade e permitirão que se possa planejar ações específicas, voltadas para a realidade dessa comunidade. As informações fornecidas serão usadas apenas para essa pesquisa não sendo divulgados dados que identifiquem os participantes. Sua participação (ou: a participação do menor sob sua responsabilidade) não implicará em custos. Caso o(a) sr(a) desista de participar não haverá nenhum prejuízo ao seu cuidado (ou: ao cuidado do menor) prestado nesse serviço.

Eu,....., declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pelo pesquisador responsável, que concordo em participar da pesquisa (ou: autorizo a participação do menor.....), dando informações referentes as condições de moradia e de saúde. Fui esclarecido(a) que está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa, não havendo riscos ou desconfortos a mim (ou: ao menor sob minha responsabilidade), que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado (ou: ao cuidado do menor sob minha responsabilidade); foi garantido o sigilo e a privacidade das informações que forneci e que não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Local e data

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Assinatura do participante
ou Responsável