



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

**A INFLUÊNCIA DO CONHECIMENTO DE MULHERES DE DIFERENTES NÍVEIS
DE ESCOLARIDADE À ADESÃO AO EXAME CITOPATOLÓGICO**

EDICLEBER DE ARAÚJO SILVA



**CAJAZEIRAS - PB
2010**

EDICLEBER DE ARAÚJO SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito parcial à obtenção do grau
de Bacharel em enfermagem.

EDICLEBER DE ARAÚJO SILVA
A influência do conhecimento de mulheres de
diferentes níveis de escolaridade à adesão ao exame
citopatológico. Edicleber de Araújo Silva. Campina
Grande, 2010.
118 p.
Orientador: Geofabio Sucupira Casimiro
Co-Orientadora: Kennia Sibelly Marques de Abrantes
Sucupira

**A INFLUÊNCIA DO CONHECIMENTO DE MULHERES DE DIFERENTES NÍVEIS
DE ESCOLARIDADE À ADESÃO AO EXAME CITOPATOLÓGICO**

1 Adesão ao Exame Citopatológico à Condição de Título

CDU-616-076.2

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito parcial à obtenção do grau
de Bacharel em enfermagem.

Orientador: Esp. GEOFABIO SUCUPIRA CASIMIRO

Co-Orientadora: Esp. KENNIA SIBELLY MARQUES DE ABRANTES SUCUPIRA

**CAJAZEIRAS - PB
2010**

1. Exame Citopatológico
2. Mulher - Saúde Pública
3. Câncer de Colo uterino



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S586i SILVA, Edicleber de Araújo
A influência do conhecimento de mulheres de diferentes níveis de escolaridade à adesão ao exame citopatológico./ Edicleber de Araújo Silva. Cajazeiras, 2010.
63fls.

Orientador: Geofábio Sucupira Casimiro.
Co-Orientadora: Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira
Monografia (Graduação) – CFP/UFPA

1. Adesão. 2. Citopatológico. 3. Conhecimento. I. Título.

UFPA/CFP/BS

091.8
CDU-616-076.5

EDICLEBER DE ARAÚJO SILVA

**A INFLUÊNCIA DO CONHECIMENTO DE MULHERES DE DIFERENTES NÍVEIS
DE ESCOLARIDADE À ADESÃO AO EXAME CITOPATOLÓGICO**

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora:

**Prof. Esp. Geofabio Sucupira Casimiro
(Orientador - UFCG)**

**Profª. Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira
(Co-orientadora – UFCG)**

**Profª. Esp. Sonally Yasnara Sarmiento Medeiros Abrantes
(Membro - UFCG)**

**CAJAZEIRAS-PB
2010**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus familiares, que tornaram possível o seu início, a minha namorada por facilitar a caminhada, e aos meus orientadores ao possibilitarem a sua conclusão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelos seus milagres que me possibilitaram chegar a esse momento de contentamento.

A minha mãe, Eliza Batista de Araújo Silva, pelos sacrifícios feitos e pelo amor que me deu forças para tentar ser mais um dos seus três orgulhos.

A meu irmão, Edcarlos de Araújo Silva, por ouvir minhas palavras e permitirem que estas fossem ouvidas por mim mesmo.

A minha irmã, Edclecia Barbosa de Araújo, por ser um exemplo de dedicação e inteligência.

A minha namorada, Fabiana Cipriano de Freitas, por representar um colo em momentos difíceis, e ser mais um motivo daqueles alegres.

Aos meus orientadores, Geofabio Sucupira Casimiro e Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira, pelo tempo de dedicação, e por me receberem sempre bem em seu lar.

“Ainda que eu ande pelo vale da sombra da morte, não temerei mal algum, porque tu estás comigo; a tua vara e o teu cajado me consolam.” Salmos 23:4

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

dC – Depois de Cristo

CFP – Centro de Formação de Professores

HIV – Vírus de Imunodeficiência Humana

HPV – Papiloma Vírus Humano

NIC – Neoplasia Intra-epitelial Cervical

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das entrevistadas segundo faixa etária	31
Gráfico 2 – Distribuição das entrevistadas segundo escolaridade	32
Gráfico 3 – Distribuição das entrevistadas segundo estado civil.....	33
Gráfico 4 – Número de mulheres que já realizaram o exame citopatológico.....	36
Gráfico 5 – Distribuição das mulheres segundo idade do primeiro exame citopatológico	37
Gráfico 6 – Idade do primeiro exame citopatológico em função do nível de escolaridade.....	37

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

RESUMO

SILVA, Edicleber de Araújo. **A influência do conhecimento de mulheres de diferentes níveis de escolaridade à adesão ao Exame Citopatológico.** Trabalho de Conclusão de Curso em Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2006. 63fls.

O câncer de colo do útero constitui um sério problema de saúde pública, representando uma das grandes causas de morte entre as neoplasias ginecológicas. Considerado de fácil diagnóstico, apresentando altas taxas de cura quando identificado precocemente. O exame citopatológico representa a ferramenta por excelência para as neoplasias do colo uterino, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis. A realização do exame, no entanto se confronta com barreiras presentes nos mais diversos aspectos da vida da mulher, o que dificulta a cobertura almejada. O trabalho teve como objetivos, apontar a influência do conhecimento de mulheres de diferentes níveis de escolaridade à adesão ao exame citopatológico; Identificar o conhecimento de mulheres de diferentes níveis de escolaridade acerca do câncer de colo do útero; Analisar a forma de aquisição de conhecimento sobre o câncer de colo uterino e sua prevenção nas diferentes classes intelectuais e Conhecer fatores que afastam as diversas classes intelectuais de realizarem o exame de câncer de colo do útero. A sua metodologia, se deu por meio de um estudo exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado no Centro de Formação de Professores na cidade de Cajazeiras – Paraíba. A investigação contou com a participação de 40 funcionárias do Centro, todas responderam a um questionário contendo questões para a caracterização da amostra e questões norteadoras do objeto do estudo, das quais suas respostas foram gravadas, respeitando os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos. No que se refere ao perfil das funcionárias, a maioria das mulheres está entre as idades de 40 e 46 anos; o nível de escolaridade é dividido em partes, relativamente equivalentes, entre os níveis fundamental, médio e superior; com relação à situação conjugal, 40% são solteiras, 45% são casadas e 15% informam outro tipo de relação; 85% das mulheres afirmaram ter realizado pelo menos uma vez o exame, os 15% restante dizem nunca tê-lo feito; entre as que afirmaram positivamente, 45% dizem que o fizeram com idade inferior ou igual aos vinte e cinco anos. Verificou-se, também, que o nível de escolaridade tem relação direta com a origem e a qualidade do conhecimento sobre o câncer de colo do útero, e que este conhecimento proporciona maior inclinação da mulher para a adesão ao exame citopatológico. Sendo assim, diante da evidente importância da informação para a saúde, mostra-se clara, a urgência de melhoria nos meios capazes de transmitir conhecimentos, sobretudo, quando está pautada na educação para a saúde. Cabe aos meios competentes despertarem para ações orientadas nesse sentido, comprometendo-se com pesquisas regionais, próprias, ou em parceria com faculdades, de forma que proporcione maior conhecimento sobre particularidades de diferentes populações, tomando assim, suas ações mais adequadas para cada contexto social. A partir daí, grupos de reuniões, como os grupos de idosos, CAPS, ou igrejas, seriam mediadores importantes em atuar na educação em saúde.

Palavras - chave: Adesão. Citopatológico. Conhecimento.

ABSTRACT

SILVA, Edicleber de Araújo. **The Influence of knowledge of women of different educational levels to adherence to the Pap test.** Conclusion assignment of course in Nursing Degree. Campina Grande Federal University. Cajazeiras-PB, 2010. p.63.

Cervix cancer is a serious public health problem, representing a major cause of death among gynecological malignancies. Considered easily diagnosed, with high cure rates when identified early. The Pap test is the tool par excellence for cervix cancer, including sexually transmitted diseases. The examination, however it faces barriers present in the various aspects of women's lives, which makes the coverage desired. The study aimed to point out the influence of knowledge of women from different educational to adherence the Pap smear; describe the knowledge of women from different levels of education about cervical cancer, examine the acquisition of knowledge the cervical cancer and its prevention in the different intellectual classes; knowledge of factors that drive away the various classes of intellectual conduct the examination of cervix cancer. Its methodology was achieved through an exploratory study with quantitative and qualitative research at the Teacher's Education Center in the city of Cajazeiras – Paraíba. The research included the participation of 40 employees of the Center, all completed a questionnaire containing questions for the characterization of the sample and nine guiding questions, of which their answers were recorded, while respecting the ethical aspects of research involving humans. Regarding the profile of female employees, most women there is between the ages of 40 and 46 years, the level of schooling is divided into parts, for equivalent levels among primary, high school and superior; with respect to marital status, 40% are single, 45% are married and 15% report other type of relationship, 85% claim to have done at least once, take the remaining 15% said never have done it, between those who affirmed positively, 45% said that they did with age not exceeding twenty-five years old. Verified also that the level of education is directly related to the origin and quality of knowledge about cervix cancer, and that this knowledge provides greater inclination of women for joining the Pap test. In face that, view of the evident importance of information for health, shows up clearly in the urgency of improving the means capable of imparting knowledge about everything when it ruled in health education. It's up the authorities wake up to actions directed towards this point.

Key-words: Adherence; Cytopathologic; Knowledge;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Geral	16
2.2 Específicos	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1 Falando sobre o Câncer de Colo do Útero	18
3.2 Fatores de Risco e Medidas de Controle	21
3.3 Conhecimento e Adesão	24
4 METODOLOGIA	27
4.1 Tipo de pesquisa	28
4.2 Local da pesquisa	28
4.3 População e amostra	29
4.4 Coleta de dados	29
4.5 Análises dos dados	30
4.6 Observâncias éticas	31
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	32
5.1 Caracterizações das participantes	33
5.2 Discurso das participantes	36
5.2.1 O que você entende por câncer de colo do útero?	36
5.2.2 Já fez o exame citopatológico (papanicolaou)?	38
5.2.3 Com quantos anos fez esse exame pela primeira vez?	39
5.2.4 O que te levou a fazer esse exame?	40
5.2.5 Por que acha importante a realização do exame citopatológico?	41
5.2.6 Qual frequência ideal para a realização desse exame?	42
5.2.7 Qual a frequência com que realiza esse exame?	43
5.2.8 Se não fez, por que não o realizou?	44
5.2.9 Onde ouviu falar sobre o câncer de colo do útero?	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	55
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	
APÊNDICE B - Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável	
APÊNDICE C - Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador co-orientador	
APÊNDICE D - Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador participante	
APÊNDICE E - Instrumento de coleta de dados	
ANEXOS	61
ANEXO A - Ofício à Secretaria Municipal de Saúde	

O câncer está cada vez mais presente entre nós, e sua incidência muda de acordo com as localizações geográficas, condições sociais, costumes, raças, níveis de instrução entre uma diversidade de variáveis. Em todas estas, ele é digno de preocupação pela história de sofrimento e impotência da ação do homem em seu combate ao longo do tempo.

Hoje, apesar da presença do estigma vindo de martírios passados, as armas utilizadas para seu controle são extremamente eficazes. O diagnóstico precoce é de forma unânime e constante, quando se refere ao combate do câncer, uma das mais antigas e, ao mesmo tempo, uma das mais modernas ferramentas utilizadas nesta batalha.

Em meio aos muitos tipos de câncer, o do colo do útero configura-se entre aqueles que, quando descobertos de forma precoce, tem as melhores chances de bons resultados, obtendo-se quase 100% de cura. Sendo que para alcançar esses diagnósticos é utilizado como principal instrumento, o exame citopatológico (papanicolaou). Tal exame, embora fácil, rápido e eficiente, geralmente está cercado de uma série de fatores que podem afastar a mulher de sua realização. O pouco conhecimento, combatido desde o início dos estudos sobre o câncer no Brasil, é sem dúvida, um desses fatores (BRASIL, 2009).

O câncer de colo de útero tem aproximadamente 500 mil novos casos por ano no mundo, com taxas de incidência cerca de duas vezes mais altas nos países em desenvolvimento. Considerado o segundo tumor mais comum entre o sexo feminino, ele é responsável pelo óbito de 230 mil mulheres por ano. Números que assustam, dado o grande potencial de cura que a medicina alcançou e que parecem discrepar com tal realidade (BRASIL, 2006)

. Segundo o autor supracitado, para o Brasil, de acordo com estimativas previstas para o ano de 2006, o câncer de colo de útero ficaria em segundo lugar entre os casos novos de câncer, com 19 mil casos. Este, como os outros tipos de câncer, apresenta incidência que varia de acordo com diversos fatores em muitas localidades. Entre as quais, o Nordeste, é uma das regiões com maior frequência para esta doença. E quanto à mortalidade proporcional para neoplasias houve crescimento considerável ao longo das últimas décadas. Em 2004, a mortalidade para o câncer representou 13,7% de todos os casos de óbitos registrados no país. Entre as mulheres, o câncer de colo do útero aparece em segundo com 15,5%, ficando apenas atrás das doenças do aparelho circulatório.

Acredita-se ainda que a incidência desse processo patológico tornou-se alarmante, ocasionada também pela contribuição de pouca instrução da população acerca dessa moléstia. Portanto, o nível socioeconômico e cultural, influencia de forma direta na detecção precoce dessa doença, fazendo com que mulheres de baixo nível de escolaridade adoeçam mais

(DAVIM, 2005).

Partindo-se da representatividade que o câncer tem no mundo, dando destaque para o câncer de colo do útero e do problema social que ele representa, pela sua elevada morbidade e mortalidade, é preciso ter a consciência de que é um problema que poderia ser reduzido de forma significativa sem custos tão elevados. Assim, importância deve ser dada a detecção precoce para seu combate e ao papel do conhecimento sobre a doença, esses podem ser determinantes no trabalho de prevenção. Desta forma atentou-se para o seguinte questionamento: qual a influência do conhecimento na adesão de mulheres ao exame citopatológico?

Sensibilizado por notar que as diferenças de acesso aos conhecimentos nos mais diversos âmbitos, inclusive em saúde, também fazem parte de uma realidade muito próxima, notadamente no Centro de formação de Professores, onde o pesquisador está concluindo a graduação, surgiu a motivação para compreender melhor as implicações de tais discrepâncias.

A representatividade do tema é visível tanto pela grande quantidade de pessoas que são alcançadas, quanto pela gravidade que o câncer de colo do útero pode tomar na vida de uma mulher caso não seja descoberto precocemente, além das grandes implicações financeiras para os cofres públicos. Esses, entre outros são fatores justificam a preocupação em abordar as questões do objeto proposto.

No contexto social, a partir dos resultados obtidos, se reafirmará a importância que o conhecimento ocupa no âmbito da saúde, assim como será demonstrado a necessidade da atuação de profissionais de forma incisiva neste sentido, podendo despertar, ainda mais, para criação de políticas de saúde que possibilitem o acesso à informação para a sociedade ser mais ativa no que se refere ao autocuidado, cumprindo no significado mais real, a definição de autonomia.

Assim, através desse estudo o pesquisador se beneficiará de crescimento intelectual, enquanto graduando, e alcançará amadurecimento para seguir uma carreira que priorizará a autonomia do paciente baseada na educação para o cuidado de si própria. Pensamento este que deve fazer parte da atuação de qualquer profissional que atue na área da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

- Apontar a influência do conhecimento de mulheres de diferentes níveis de escolaridade à adesão ao exame citopatológico.

2.2 Específicos:

- Identificar o conhecimento de mulheres de diferentes níveis de escolaridade acerca do câncer de colo do útero.
- Descrever a forma de aquisição de conhecimento sobre o câncer de colo uterino e sua prevenção nas diferentes classes intelectuais.
- Conhecer fatores que afastam as diversas classes intelectuais de realizarem o exame de câncer de colo do útero.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Falando sobre o Câncer de Colo do Útero

De acordo com Montenegro e Franco (2004), a definição mais aceita para o câncer é a de que este é uma massa anormal de tecido cujo crescimento excede a do tecido normal, não estando coordenado ao crescimento dos tecidos normais o qual progride em sua invasão mesmo que a causa que o fez surgir cesse.

Para completar esta descrição, pode ser citado Rubin (2006), dizendo que os tumores que não ficam restritos a um único local, se disseminando para outras partes do corpo, próximas ou distantes são apropriadamente consideradas processos malignos ou cânceres.

Este tipo de afecção não é privilégio de cidadãos do século XXI. Foram encontrados vestígios desta doença em restos pré-históricos e sua menção em antigos escritos da Índia, Egito, Babilônia e Grécia. Sendo Hipócrates quem descreveu o câncer de mama no século II d.C. (RUBIN, 2006).

Com o avanço das pesquisas e de tecnologia usada, além da grande importância dada ao câncer, hoje se tem conhecimento, através de pesquisadores, de aproximadamente 100 tipos diferentes de câncer (OTTO, 2002).

Com vistas no fato de que o colo do útero é um dos órgãos vítimas dessa afecção, se torna necessária uma atenção sobre este órgão.

O útero é um corpo muscular em forma de pêra com paredes espessas consistindo em duas grandes porções: Corpo e colo. O corpo do útero estreita-se desde o fundo até o istmo (a região estreitada entre o corpo e o colo). A luz do colo, o canal cervical, se abre na extremidade próxima do canal vaginal. Sendo que orifício interno do colo comunica-se com a cavidade uterina e o externo com a vagina. As paredes do corpo do útero são formadas por três camadas: Perimétrio, miométrio e endométrio que são interna, média e externa respectivamente. O endométrio é dividido em outras três camadas: Compacta, esponjosa e basal, sendo as duas primeiras desintegradas durante a menstruação e após o parto (MOORE; PERSAUD, 2008).

Uma vez que foi descrito o útero de uma forma mais geral, se torna possível agora uma maior minúcia sobre o seu colo:

A cérvix (colo) é um estreito canal muscular, que liga a vagina ao corpo do útero. O colo uterino tem de se dilatar, em respostas a hormônios, para possibilitar a expulsão do feto. A cérvix possui numerosas glândulas com epitélio colunar que produzem muco sob controle do estradiol (RHOADES; TANNER, 2005, p. 656).

Segundo Dangelo e Fattine (2007), o útero é o órgão que recebe os óvulos e, em caso de gravidez, aloja o embrião que vai se desenvolver nesse local até o nascimento. A cavidade uterina e a cavidade da vagina, pelas quais o feto, após a vida intra-uterina, ao final da gestação, passa para ser liberado, formam juntas o canal do parto. Dessa forma, é responsável por todo o desenvolvimento fetal, maravilhosa função, mas que não o torna imune as moléstia tão desastrosa como pode ser o câncer

O câncer de colo do útero é a afecção em que o órgão acometido é o útero, em uma parte específica – o colo, que fica em contato com a vagina. Ele é classicamente, na história natural da doença descrita como uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora num prazo de 10 a 20 anos (BRASIL, 2002).

No que se refere aos seus sintomas, guarda algumas semelhanças com o câncer de vagina: Tanto o câncer de colo uterino quanto o de vagina tem como sinal de alerta principal o sangramento via vaginal anormal, especialmente o sangramento na relação sexual. Outra queixa que também poderá ser presente é a leucorrêia com mau odor. Existem outros sinais e sintomas que poderão surgir inclusive a dor, no entanto esses são próprios de tumor em fase adiantada (PESSINI, 2008).

Seu começo se dá com uma pequena atipia celular que pode progredir até o estágio de um carcinoma de células escamosas com forte capacidade de invasão. Antes disso, irá passar por vários graus denominados NIC (Neoplasia Intra-epitelial Cervical): NIC – 1, para uma displasia leve, onde as alterações mais significativas estão no terço basal do epitélio; NIC – 2, para displasia moderada, em que a maior parte das alterações é percebida nos terços inferior e médio do epitélio e NIC – 3, para displasia grave, podendo ser chamada de carcinoma *in situ*. Sendo fator iniciador obrigatório para o surgimento e progressão de todas essas etapas, e a presença da infecção pelo Papilomavírus humana (RUBIN, 2006).

Durante muitos anos a infecção pelo Papilomavírus humano (HPV) suscitou pouco interesse dos estudiosos. Sabia-se que eram vírus sexualmente transmissíveis, os quais eram responsáveis pelo aparecimento de verrugas na genitália, sendo estes hoje chamados condilomas acuminados. Nas duas últimas décadas, no entanto, em decorrência dos recentes avanços no estudo dos vírus, essa situação sofreu grande mudança e HPV é agora reconhecido como um dos mais importantes patógenos da raça humana (FOCCHI, 2001).

No que se refere ao HPV, pelo menos 100 tipos foram identificados, sendo classificados em dois grandes grupos: cutâneos e mucosos. Estes últimos são os que estão relacionados ao câncer cervical. As alterações provocadas por este vírus podem ser detectadas

em esfregaços cervicais com coloração papanicolaou. Dentro desta vasta gama de vírus HPV, os que estão mais frequentemente relacionados com a neoplasia intra-epitelial cervical e câncer, são os tipos 16, 18, 31 e 35. Sendo graças ao seu potencial oncogênico e ao “título” de infecção sexual mais prevalente no mundo, que se tem hoje tão altos índices de câncer do colo do útero (MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M. A., 2006).

Esses índices reafirmam a dimensão do problema representado pelo câncer de colo do útero:

O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos. Sua incidência evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos (BRASIL, 2009, p. 33)

Segundo o mesmo autor acima citado, para Brasil, as estimativas para o ano de 2010 revelam muito claramente a fotografia de um país em desenvolvimento, onde para o câncer de colo do útero são esperados 18.430 casos novos. Isto representa um risco de ter câncer de colo do útero estimado em 18 casos para cada 100 mil mulheres. Chamando a atenção para a região Nordeste, esse tipo de câncer apresenta 18 casos para cada 100 mil mulheres.

Não é de agora que os números assustam. No estado da Paraíba, o câncer de colo do útero preocupa de longa data. Prova disto é que em um estudo realizado com 1699 tumores malignos diagnosticados histopatologicamente no período de 1961 a 1965, constatou-se que 34% das neoplasias incidindo no sexo feminino eram carcinomas do colo do útero. As semelhantes conclusões chegaram ao analisarem 3699 tumores malignos diagnosticados na Paraíba no período de 1976-1980 dos quais 34,8% foram rotulados como carcinoma do colo do útero (CHAVES, s.d).

Em dados mais atuais, a mesma preocupação permanece, uma vez que é possível ver, por meio da taxa bruta de mortalidade por câncer de colo do útero, que no período de 1995 a 1999 foi de 1,82 por 100.000 mulheres. Tudo isto implica em uma média de anos potenciais de vida perdidos de 413.184 anos para cada 1.000 mulheres, e uma taxa média de 1,05 anos de vida perdidos por mulher, considerando o limite superior de 80 anos para a população brasileira de 1995 a 1999 (BRASIL, 2002)

3.2 Fatores de Risco e Medidas de Controle

Atualmente, a teoria mais aceita da explicação para o aparecimento do câncer de colo do útero é a que refere à transmissão sexual. Desde 1992, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a persistência da infecção pelo HPV em altas cargas representa o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença (BRASIL, 2002).

Jacyntho (2001) apóia, dizendo que hoje o HPV seja o principal fator na carcinogênese cervical, porem não sendo o único fator causal e necessitando de co-fatores e falta de resposta imunológica para que o câncer se instale. Na década de 70 a medicina dizia que o vírus herpes do tipo 2 (HSV 2) era o grande fator causador do câncer de colo do útero. Atualmente se viu que, na verdade, ele é mais um dos importantes fatores de risco.

Dessa forma, segundo Lopes (2006), além do HPV, todas as outras influencias para o surgimento do câncer de colo do útero seriam considerados co-fatores de risco: A multiparidade é co-fator de risco para este tipo de câncer; contraceptivos orais e terapias de reposição hormonal também parecem estar associados ao maior risco; o tabagismo; doenças sexualmente transmissíveis, como herpes simples tipo 2 (HSV – 2), *chlamydia trachomatis* e vírus da imunodeficiência humana (HIV) estariam relacionados a maior ocorrência das lesões precursoras.

A atividade sexual também é considerada um co-fator de risco, principalmente quando a promiscuidade é prática nessas relações. A mulher com múltiplos parceiros tem maior risco de contrair o vírus e as lesões por ele desencadeadas. Assim como a esposa de um homem que mantém atividade sexual com várias mulheres (LIMA, 1999).

Ainda segundo lima (1999), o início precoce da vida sexual aumenta o risco para esse câncer. A explicação estaria no fato de que mulheres que iniciam cedo sua vida sexual estão sujeitas a um período de atividade sexual mais prolongada. Além do que nas jovens o epitélio colunar esta mais sujeito ao processo de metaplasias.

No que refere ao uso de contraceptivos, alguns autores, realmente o consideram como fator de preocupação para o risco de câncer de colo do útero, mas ainda há controvérsias ao seu respeito. Vários estudos epidemiológicos têm investigado o papel dos contraceptivos hormonais no desenvolvimento de lesões pré-invasoras e invasoras. Os resultados são contraditórios e inconclusivos. Baseado nos dados da literatura, não se pode afirmar que os contraceptivos hormonais orais interfiram sobremaneira na carcinogênese cervical. Também não há dados que suportem sua contra-indicação em mulheres infectadas pelo HPV. Essas questões deverão ser mais bem elucidadas em estudos futuros (PEREYRA, 2005).

As condições sociais precárias parecem aglomerar muitos outros determinantes para contração da doença, pois mulheres nessas condições, em geral casam ou iniciam a vida sexual muito cedo; tem o primeiro filho quase sempre antes dos vinte anos; desconhece os princípios mínimos de higiene dos genitais; não recebem quaisquer cuidados médicos; não tem recursos para tratarem os problemas ginecológicos; mantem relações sexuais com homens não circuncidados e também não assimilam os princípios básicos de higiene dos genitais; estão muito mais sujeitas a doenças sexualmente transmissíveis; tem em geral prole numerosa (CHAVES, s.d).

Como foi citado, o HIV é um dos co-fatores de risco, onde para entender a sua atuação, Jacyntho (2001) explica que existem quatro tipos de resposta imune no organismo, onde a resposta do tipo IV, chamada imunidade celular retardada (resposta mediada por células), tem papel fundamental na papilomavírose. Como essa resposta depende dos linfócitos T que são aqueles atacados pelo vírus HIV (Vírus da imunodeficiência adquirida), o organismo fica mais vulnerável ao surgimento desta doença. De forma que o câncer de colo do útero é até considerada uma manifestação maior do HIV.

Quando o olhar está direcionado para a questão do tabagismo, mulheres infectadas por HPV oncogênico tem um risco relativo de desenvolver NICIII ou câncer cervical de até 4,3 quando fumam mais de 20 cigarros por dia. Num estudo com mulheres tailandesas, as não-fumantes expostas a mais de 20 maços de cigarro por ano também apresentam risco significativamente maior de desenvolverem NIC II ou III que as não fumantes não expostas (PESSINI, 2008).

É diante da certeza da existência de fatores que aumentam a probabilidade de adquirir a doença que se mostra evidente a necessidade de cuidados de prevenção.

Para Rouquayrol e Almeida (2003), prevenir é prever antes que algo aconteça. Pode ser também, cuidar para que não ocorra, sendo usado com a função de interceptar e anular a progressão de alguma doença, podendo ser realizada em dois períodos, quando se fala de doenças: Pré-patogênese ou patogênese quebrando os elos que ligam estes períodos, e que para isso, às vezes, é preciso usar os níveis de prevenção primária, secundária e terciária.

A prevenção primária tem como objetivo modificar os fatores de risco em direção favorável, visando evitar a ocorrência do processo patológico e a ocorrência da doença. Onde pode ser utilizada a promoção da saúde, que consiste em capacitar as pessoas para tomar parte no seu cuidado, e a proteção específica, utilizada para o reforço da promoção. É exemplos desse tipo de proteção, a vacinação. Medidas que também podem ser utilizadas para a proteção do câncer (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005).

Para que se possa tratar especificamente do câncer de colo do útero e a sua prevenção primária, é preciso ser falado do estímulo ao sexo seguro; através do uso de camisinha durante a relação sexual evitando assim contágio pelo HPV; a correção das deficiências nutricionais; diminuição de todas as formas de exposição ao tabaco; estimular a mulher realizar atividades físicas (BELO HORIZONTE, 2008).

Outro nível de prevenção é o secundário. Neste caso, é realizado no indivíduo, já sob ação do agente patogênico, ao nível do estado de doença, incluindo, diagnóstico precoce, com exames periódicos, individuais para a detecção precoce dos casos; limitação de incapacidades para evitar futuras complicações e/ seqüelas (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2003).

No Brasil, esse nível de prevenção para o câncer de colo do útero, tem como principal estratégia, a realização da coleta de material de exames citopatológicos cérvico-vaginal e microflora. Este é mais conhecido pela maioria das pessoas da população como preventivo do colo do útero; exame papanicolaou. A faixa etária recomendado para sua realização é em mulheres de 25 a 60 [sic] anos de idade. Devendo ser realizado uma vez por ano. Sendo que se dois desses exames forem consecutivamente normais, ou seja, sem nenhuma alteração, poderá ser tomada uma periodicidade mais longa, de uma vez a cada três anos (BRASIL, 2006)

O exame citopatológico (papanicolaou) foi criado na década de 1940 pelo médico grego George Papanicolaou, sendo o primeiro no estudo da citologia e na detecção precoce do câncer de colo do útero. Esse exame veio ser implantado no Brasil a partir da década de 1950, sendo um dos países pioneiros no mundo a introduzir esse exame para a detecção precoce do câncer de colo do útero. Um fator de grande valor na história foi ter sido apoiado com vigor pelo presidente república Juscelino Kubitschek que perdeu sua sogra em virtude de um câncer ginecológico (BRASIL, 2008).

A técnica a realização do exame pode ser descrita da seguinte forma: É necessário que logo após a exposição do colo do útero, seja feita a coleta da ectocérvice, usando a superfície recortada da espátula de Ayre Encaixa-se a ponta mais comprida no orifício externo e fez-se a raspagem delicada fazendo um giro total. O material que foi coletado deve ser colocado na lâmina no sentido longitudinal. Para a coleta endocervical deve ser usada a escova. Sendo as cerdas macias poderão ser feitas cinco voltas completas em um mesmo sentido. Retirando a escova e colocando o material coletado na porção restante da lâmina (LOPES, 2006).

Quando é diagnosticado o câncer, haverá a necessidade de outro nível de prevenção, a terciária. Esta é realizada através do tratamento que pode assumir várias formas: O clínico e cirúrgico, onde o tumor restrito ao colo do útero tem como tratamento de escolha a cirurgia, e

que, dependendo da gravidade, será retirado apenas o colo do útero, de todo útero ou ainda uma cirurgia radical. Em outros casos, há melhores resultados conseguidos com a quimioterapia e radioterapia (LOPES, A, 2006).

3.3 Conhecimento e Adesão

As práticas da prevenção do câncer do colo do útero, ainda hoje, representam um importante desafio para a Saúde Pública. As razões para explicar este problema são as mais variadas, entre elas, os fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais, bem como a própria organização dos serviços públicos de saúde. Logo, é preciso, também, atentar para os motivos que podem interferir na decisão da mulher em realizar ou não realizar a prevenção do câncer do colo do útero (OLIVEIRA, 2007).

Tal atenção se mostra justificada por resultados de estudos, como o realizado por Ferreira e Oliveira (2006), no qual foi verificado, quanto ao conhecimento sobre o exame citopatológico, que 1,2% das mulheres não conhecem a finalidade do exame. Fato que evidencia a necessidade de esclarecimento sistemático sobre a finalidade e periodicidade do exame, pois o desconhecimento pode contribuir para a falta de aderência ao exame citopatológico.

O mesmo autor continua dizendo que, dos muitos fatores limitantes à realização do citopatológico, figura de forma significativa, a falta conhecimento. Caso demonstrado por estudos sobre atitudes de mulheres brasileiras que revelam que dos principais motivos de resistência, muitos estariam ligadas às questões como o desconhecimento do exame e onde realizá-lo.

Esta falta de compreensão quanto à importância da realização do exame de citopatológico por um grande grupo de mulheres é, sem dúvida, um desses motivos que impõem mais uma barreira para que os serviços de saúde não consigam atingir os seus objetivos da melhor maneira, sendo fator determinante na limitação do acesso ao serviço, e provocando dificuldade representativa no rastreamento do câncer de colo de útero. Considere-se ainda que as mais atingidas por esses déficits, compartilham também de serem consideradas como pertencentes aos grupos sujeitos ao maior risco para o câncer (FERREIRA, 2009).

Explicando melhor, sobre a importância que tem a compreensão do valor do exame, Pinho e França (apud FERNADES, 2007), dizem, dentro de seu modelo contextual, que são muitos os motivos que afastam as mulheres da prevenção dos exames de câncer ginecológico.

Dentro deste modelo, eles dizem que há três planos de influencia para o ser humano: Individual, organizacional e social, em que destacando o individual, estaria representado por um conjunto de fatores cognitivos, dentre eles, a falta de conhecimento sobre a doença e o exame, e que isso contribuiria para a redução de regularidade de prevenções.

Complementando, Fernandes (2009) afirma que entre as razões para esta baixa adesão ao exame estão: a dificuldade em acessar os serviços de saúde; a natureza do exame que envolve a exposição da genitália, motivo de desconforto emocional para algumas mulheres em virtude dos pudores e tabus; além das condições socioeconômicas e da falta de conhecimento sobre o câncer ginecológico. Ele ainda diz que os melhores índices de adequação da prática do exame foram observados entre as mulheres com maior escolaridade.

Gamarra (2005), estudando mulheres argentinas, verificou proporções significativamente mais elevadas de conhecimento adequado entre as mulheres com escolaridade maior ou igual há sete anos e entre as que consultaram serviços de saúde no ano que precedeu a pesquisa. Além disso, proporções mais altas de atitude adequada sobre o exame foram identificadas entre as mulheres com escolaridade mais alta.

As práticas de prevenção secundária (exemplo: exame citopatológico) são influenciadas diretamente pela prevenção primária executada adequadamente e, em especial, priorizando a educação em saúde. Segundo Brunner e Suddarth (2005), a educação seria uma das variáveis que influenciariam na adesão a um regime terapêutico, sendo demonstrado em vários estudos que adesão está intimamente relacionada à questão de conhecimento sobre a doença, o exame e outros fatores.

A educação em saúde é considerada como parte integrante do tratamento das doenças crônicas. É através dela que o indivíduo irá conseguir adaptar o seu modo de vida diante de nova situação que a doença acaba lhe dando. Novos hábitos e atitudes são desafios constantes a ser adquirida, com o objetivo de se alcançar uma vida mais saudável e mais livre de doenças e suas complicações (ALMEIDA et al., 1995).

Ainda se detendo a questão da educação em saúde, há na literatura sobre existência de relação muito próxima entre baixo nível de escolaridade e a maior suscetibilidade ao acometimento do câncer de colo de útero. Ainda há que essas mulheres mais susceptíveis estão expostas a um maior risco de morbimortalidade, por utilizarem com menor frequência os serviços que visam à prevenção de doenças (DAVIM, 2005, grifo nosso).

No estudo feito por Duavy et al (2007) sobre a percepção de mulheres sobre o exame citopatológico, as mulheres citaram o desconhecimento do exame e a própria educação que receberam, como fatores negativos para a realização do exame, concluindo também que a

falta de informação, em muitos casos, funciona como indutor de nervosismo, ansiedade e medo.

Em estudo feito por Cestari (2005), ele afirma que os motivos que influenciam a realização do exame, relatando a importância da mídia como um dos incentivadores da prática de prevenção aumentando a busca por orientação profissional. A televisão, na visão das mulheres, serve a apreensão do conhecimento sobre o câncer e suas formas de prevenção. Enquanto a orientação profissional ajuda a compreender o que se passa com o seu corpo, compreendendo como fatores diretamente relacionados ao conhecimento sobre a doença de forma mais generalizada.

Com essas e outras constatações, verifica-se que a educação popular anseia trabalhar pedagogicamente tanto o homem quanto os grupos dentro de um contexto, buscando o aprendizado preferivelmente nas formas coletivas, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica. (VASCONCELOS, 2001 apud BORGES, 2005)

Para Ferreira (2009), a transformação só será possível de ser alcançada por meio da modificação do modo de vida, e que seja entendida como benefício e justificativa dos esforços no sentido de concretizá-la. As medidas educativas são, assim, extremamente importantes, para que a prevenção do câncer de colo uterino seja fundamentada para a qualidade de vida das mulheres, uma vez que dados mostram a importância dessas ações para a população feminina sobre a necessidade e o período para iniciar o exame de prevenção do câncer.

Dentre os pré-supostos da estratégia de saúde da família, se tem que a educação em saúde ajudaria as mulheres a terem maior autonomia sobre seu corpo e sua saúde e com isso, acredita-se que poderiam, entre outros ganhos, trabalhar melhor a questão da vergonha, do medo que algumas vezes impedem muitas mulheres de procurarem os serviços de saúde (OLIVEIRA, 2007)

Quanto aos benefícios, identificaram-se: melhoria do autocuidado benefícios para a enfermagem, entre outros. Visualizam-se mudanças das práticas educativas, que passam a ser conjuntas e construídas com a população, superando o modo tradicional de educação e possibilitando a efetivação das práticas de promoção da saúde (LOPES, E, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa é um processo de construção tendo como objetivo principal gerar conhecimentos novos corroborando ou não com outros saberes. Vista como uma atividade regular, esta pode ser definida de outra forma, sendo um conjunto de ações orientadas e planejadas em busca do conhecimento (SOUZA, 2007).

Sendo assim, os objetivos desta pesquisa foram alcançados com base em uma metodologia de caráter exploratório, descritivo com abordagem quanti-qualitativa onde foi apontada a influência do conhecimento de mulheres de diferentes níveis de escolaridade para adesão ao exame citopatológico.

A fase definida como exploratória é onde o pesquisador especifica o objetivo da pesquisa construindo o marco teórico que será usado. É nesse momento que é definido o instrumento de coleta de dados, a escolha do espaço e também o grupo, assim como as estratégias para o estudo (MINAYO, 2003).

A pesquisa descritiva é a descrição do fato ou do fenômeno através de levantamentos ou observação, produzindo as particularidades de uma determinada população, fenômenos ou mesmo o estabelecimento de relações entre elas. Envolve a utilização de ferramentas como questionários e observação sistemática e na maioria das vezes toma a forma de levantamento (SOUZA, 2007)

A pesquisa quanti-qualitativa é o método que associa à investigação dos significados das relações humanas, permitindo a complementação entre as palavras e os números, considerados como a linguagem fundamental da comunicação (FIGUEIREDO, 2007).

4.2 Local da pesquisa

Graças ao interesse do pesquisador em apontar a influência que o conhecimento pode exercer na adesão a uma prática de prevenção, procurou-se um local onde o conhecimento é considerado o carro-chefe. Dito isto, foi utilizado para a realização deste estudo a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), no Centro de Formação de Professores (CFP), localizada na cidade de Cajazeiras – PB. Este município originado de um sítio chamado “Cajazeiras” pelas árvores que possuíam esse nome, existentes no local, foi elevado à condição de cidade em 10/07/1876, hoje com uma área territorial de 586 km² e com população de 57.875 habitantes (IBGE, 2009). Foi utilizado o Campus da UFCG para realização do estudo, por promover um campo que comporta a amostragem necessária para a

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAÍBA

investigação, com representação em um único ambiente para as diversas classes sociais dentro da sociedade e seus vários níveis de escolaridade, além da familiaridade e facilidade de acesso ao local.

4.3 População e amostra.

A população é um conjunto de todos os elementos que apresentam determinadas características em comum. A amostra seria um subconjunto da população, na qual, através dela se permite estabelecer ou estimar as características da população (GIL, 2002). Nesse sentido a população do estudo foi composta por 76 mulheres funcionárias (servidoras técnicas) que fazem parte do quadro de profissionais, segundo o Setor de Recursos Humanos, que prestam serviços em regime efetivo e através de empresas terceirizadas vinculadas a UFCG/ CFP.

A amostragem foi a não probabilística por bola de neve, sendo composta por 40 mulheres. Ao final de cada entrevista foi solicitado que a funcionária que respondeu aos questionamentos indicasse outra pessoa desse setor para que também participasse da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: o de mulheres que possuíam idade acima de 18 anos e que já tenham tido atividade sexual, como também a disponibilidade em responder o questionário levando em consideração a participação voluntária na pesquisa após a explicação dos objetivos do trabalho e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.4 Coleta de dados

Inicialmente foi solicitado à Coordenação do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, um ofício direcionado ao Diretor do Campus da referida instituição, apresentando os objetivos da pesquisa e autorização para realizá-la. Deferido o pedido e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (FSM), foi iniciada a pesquisa.

Para realizar a coleta de dados, foi utilizado um questionário sócio-demográfico estruturado, contendo questões abertas e fechadas de identificação da amostra e pertinentes aos objetivos do estudo (APÊNDICE F). A coleta de dados ocorreu no mês de Maio de 2010, no próprio local de trabalho (UFCG), onde primeiramente cada participante foi abordada de forma direta, recebendo todas as informações necessárias e pertinentes sobre a pesquisa e de acordo com sua disponibilidade, respondeu individualmente o questionário, após ter assinado

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os depoimentos foram gravados e, posteriormente transcritos na íntegra para então serem analisados.

Segundo Figueiredo (2007), as perguntas abertas são feitas para que o sujeito da pesquisa responda livremente o que pensam sobre o assunto abordado, conforme seu entendimento. As questões fechadas trazem como alternativas as elaboradas pelo investigador. Ele ainda afirma que a entrevista estruturada apresenta um roteiro prévio de perguntas que responderão os objetivos propostos.

4.5 Análises dos dados

Os dados qualitativos obtidos por meio das entrevistas guiadas pelos questionários foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo como forma de organização dos dados, que segundo Bardin (2001, p. 19) é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obterem indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens.

De modo geral, a sistematização dos dados proposta por Bardin segue as etapas de pré-análise, descrição analítica e interpretação referencial. A pré-análise refere-se à organização do material (seleção de documentos). Na descrição analítica os documentos são analisados profundamente, tomando como base suas hipóteses e referenciais teóricos, criando-se categorizações. Quanto à interpretação referencial a partir dos dados empíricos e informações coletadas, se estabelecem relações entre o objeto de análise e seu contexto mais amplo, chegando, até mesmo, a reflexões que estabeleçam novos paradigmas nas estruturas e relações estudadas (BARDIN, 2001).

Os dados quantitativos foram analisados descritivamente no programa Microsoft Excel, com representação por meio de gráficos para melhor visualização.

Após a coleta de dados a análise foi realizada com base na literatura pertinente, no mês de Junho do corrente ano.

4.6 Observâncias éticas

Os pesquisadores seguiram fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos, principalmente no cumprimento ao termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), garantindo o cumprimento dos direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa, assim como dos pesquisadores.

Este Termo de Consentimento foi elaborado em linguagem clara, garantindo ao sujeito, a liberdade de participar ou não do estudo. Traz consigo uma breve descrição da pesquisa e os demais esclarecimentos necessários, referentes à confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação dos resultados. Para que fosse possível a coleta de dados, o projeto foi encaminhado, para apreciação e parecer, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterizações das participantes

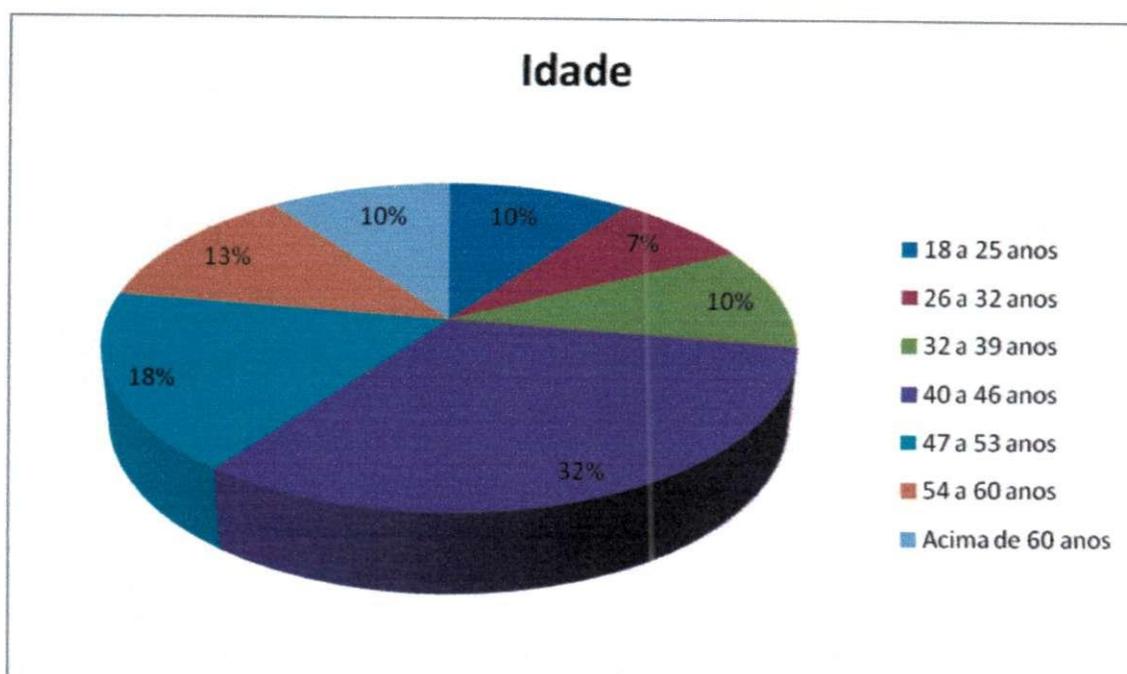


Gráfico 1 – Distribuição das entrevistadas segundo faixa etária.

Os sujeitos da pesquisa e seus dados encontram-se representados a partir de gráficos. Participaram desta pesquisa 40 mulheres funcionárias da CFP/UFCG na cidade de Cajazeiras/PB. Os resultados apresentados no gráfico 01 demonstram que houve predominância, com 13 mulheres, de faixa etária de 39 a 46 anos, que perfaz um total de 32% das mulheres entrevistadas. Observa-se ainda outro grupo predominante, em número de entrevistadas, que está na faixa etária de 47 a 53 anos com 18% (n=07) das mulheres. Assim, pode ser observado que houve predominância de mulheres em idade avançada. É por ser um grupo formado por maioria de idade avançada, que chama a atenção para estudos feitos relatando riscos especiais para tal faixa etária:

Em estudo realizado por Cabral (2009), com relação à idade, observou-se que até os 24 anos as lesões de baixo grau (HPV e NIC I) são prevalentes. Na faixa de 25 a 49 anos prevaleceram as de alto grau e a partir dos 50 anos o câncer invasivo. Tais achados levaram este autor a sugerir que mostram que as lesões de baixo grau se concentraram em faixa etária não priorizada pelo Programa.

Para Brenna (2001), as mulheres com mais idade mostraram maior inadequação no conhecimento, na atitude e na prática do exame citopatológico. No entanto, aquelas com maior escolaridade conheciam melhor o exame. A maior idade e a menor escolaridade podem estar associadas a não adesão das mulheres ao exame, porém as dificuldades sociais e

econômicas para conseguir atendimento em saúde precisam ser consideradas para aumentar a prática do exame

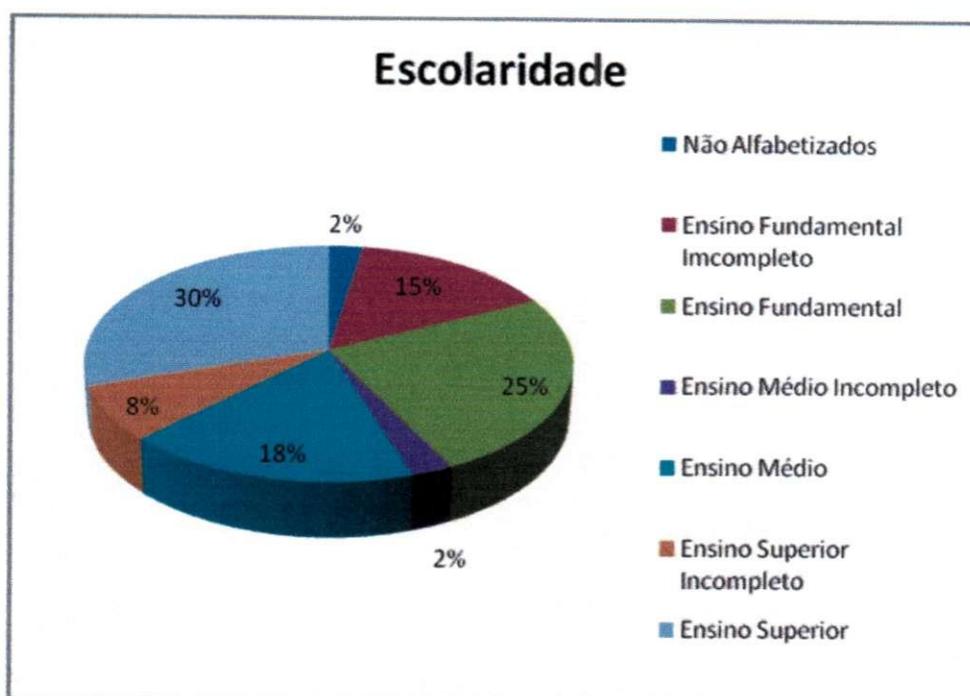


Gráfico 2 – Distribuição das entrevistadas segundo escolaridade

O gráfico 02 mostra que, dentre os grupos de diferentes níveis de escolaridade, aquele que apresentou predominância, foi o de nível superior com 32% (n=12) das mulheres entrevistadas. Os demais grupos são formados por mulheres de nível fundamental com 25% (n=10) das entrevistadas, nível médio compondo 18% (n=07) do total; um grupo expressivo foi aquele formado por mulheres de nível fundamental incompleto, com 15% (n=06) das participantes. As demais são 2% (n=01) não alfabetizadas; 2% (n=01) tem ensino médio incompleto e 8% (n=3) com ensino superior incompleto.

A representativa parte de mulheres com pouca escolaridade associada a outros fatores, mostra nesse caso em especial necessidade de atenção. Leal (2003) corrobora com tal afirmativa, através de sua pesquisa, quando diz que foi observada forte associação entre a presença de alteração celular epitelial e a escolaridade até o primeiro grau incompleto, o que pode ser justificado pela falta de conhecimento quanto ao exame de Papanicolaou e os benefícios de fazê-lo rotineiramente, além de outros fatores de risco associados ao câncer de colo uterino, no grupo de pessoas com baixos indicadores de desenvolvimento humano.

Mendonça (2008), diz que, segundo uma revisão sistemática sobre os determinantes e a cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil, a não realização do exame, associa-se à baixa ou elevada idade, assim como à baixa escolaridade, sendo fatores intimamente

relacionados, sendo variáveis que devem deter a atenção. O que também reforça a atenção que deve ser dada para um grupo composto por tantas mulheres com baixo nível escolar.

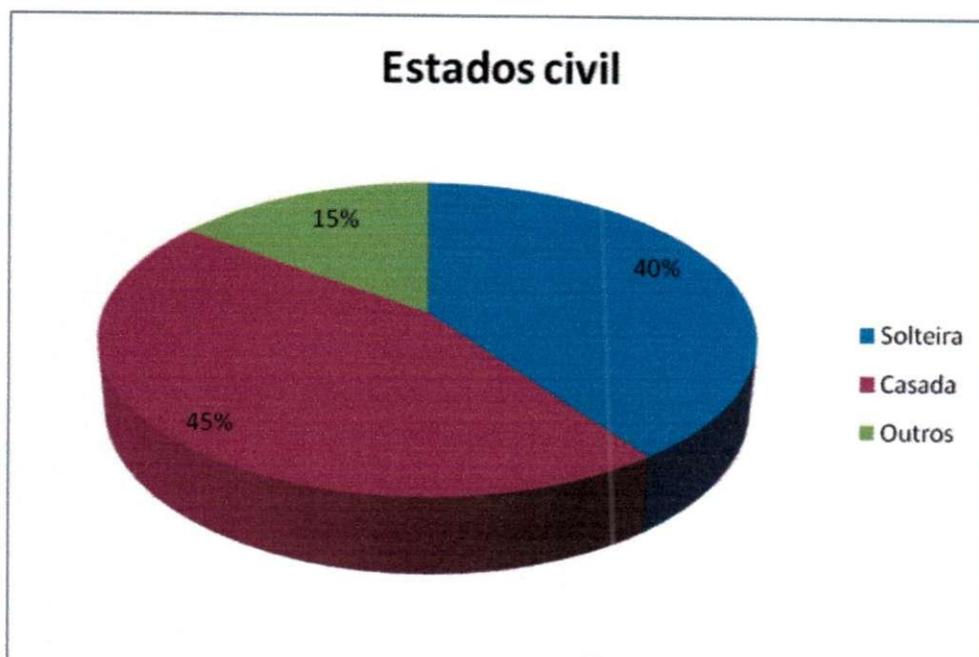


Gráfico 3 – Distribuição das entrevistadas segundo estado civil

No gráfico 03, sobre o estado civil das 40 mulheres entrevistadas, 40% (n=16) relataram ser solteiras, 45% (n=18) declararam ser casadas e apenas 15% (n=06) mulheres revelaram ter outro estado civil. Diante das afirmativas, é possível ver que a maioria das mulheres é casada, o que não as exclui do risco de câncer de colo do útero, uma vez que, mesmo tendo um único parceiro, não há a certeza de que este tenha a sua esposa como única parceira sexual, ou que tenha contraído o HPV – principal fator de risco para o câncer de colo do útero – antes do casamento. Sendo assim, mais uma vez este grupo se apresenta em risco especial, uma vez que a maioria casada, além não representar isenção do para o câncer, é uma das variáveis que pode ser tomada com sendo de risco.

Concordando com a afirmativa supracitada, Medeiros (2005) afirma que dos tumores malignos sediados nos órgãos genitais femininos, sem dúvida o câncer de colo de útero é o que se distingue pela maior frequência: Estado civil: a frequência é acentuada entre as mulheres casadas (79%), seguido das mulheres em outro estado civil (17%) e das solteiras (4%).

Bezerra (2005) contribuiu com seu estudo sobre Perfil das mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. No mesmo, ele afirma que houve um expressivo número de mulheres casadas ou em união consensual portadoras de lesões cervicais na população em estudo. Esse fato indica que tal tipo de união

conjugal pode conduzir as esposas a uma maior exposição, principalmente às doenças infecciosas do trato genital transmitidas por relação sexual, pois muitas vezes essas confiam na fidelidade de seus companheiros e não utilizam nenhum método de prevenção.

5.2 Discurso das participantes

5.2.1 O que você entende por câncer de colo do útero?

A pergunta introdutória do questionário, feita aos sujeitos, revela peculiaridades conforme o seu nível de escolaridade. Para aquelas de nível de escolaridade até no máximo o fundamental, temos:

“Eu não posso dizer nada, né! não te explicar. Por que quando eu tinha quarenta e cinco anos eu fiz a esterectomia... Sem nenhuma explicação. Eu não sei o que é.” (S 10)

“Que é uma doença praticamente incurável, né!” (S 40)

Nos discursos acima, é possível notar que as mulheres não souberam responder adequadamente ou sequer tentaram submeter algum esforço para a resposta. Fator este, que pode está ligado ao fato de não terem conhecimento sobre o assunto suficiente para uma resposta que considerem corretas.

O câncer de colo do útero é uma neoplasia maligna primária da cérvix uterina que pode apresentar-se em diversos ‘estágios’, desde o carcinoma *in situ* até a disseminação a órgãos distantes (REIS, 2003).

Oliveira et al (2006) associa o não ter conhecimento sobre o câncer de colo do útero ou o ter medo de realizar o exame como sendo fatores associados à não realização do Papanicolaou.

Outro grupo foi formado por aquelas que tem ensino médio incompleto ou completo. Elas também mostraram características próprias ao responderem a questão:

“É uma pequena ferida que aparece no colo do útero das mulheres.” (S 11)

“Uma ferida no útero, né!” (S 28)

“Eu entendo que é uma doença que dá no colo do útero da mulher, que se ela não cuidar, com o tempo pode levar a uma coisa mais séria, né! chegar até a morte. É uma coisa que deve ser cuidada anualmente.” (S 34)

Pode ser percebido nos discursos dessas mulheres que apesar de não saberem detalhar precisamente o que seria o câncer de colo do útero, elas conseguem associar o câncer com o local onde ele ocorre. Fato que mostra que, apesar de uma noção básica do que câncer e suas implicações, não há um esclarecimento total do que ele é, suas origens e implicações.

Lima (2006) afirma, em um de seus estudos sobre o conhecimento da mulher acerca do câncer do colo uterino e as suas formas de prevenção, que percebeu que a maioria das mulheres desconhece a causa do câncer ou, ao descreverem o que seria, mencionaram respostas como inflamação, doença venérea ou falta de higiene. Outra grande parte não tinha informação de como se prevenir e algumas não tinham nem idéia do que seria.

Quanto àquelas que constituem o grupo formado por mulheres que iniciaram o Ensino Superior ou concluíram este nível, pode ser verificada algumas peculiaridades quanto ao que entendem por câncer de colo do útero:

“O Câncer de colo do útero é um tipo de câncer que se desenvolve dependendo de vários fatores de risco... o principal deles é a infecção pelo HPV, ou uns tipos de HPV, e juntamente com esse fator de risco tem que existir outros co-fatores, né! Tabagismo, o uso de anticoncepcionais entre outros. É uma doença progressiva que evolui lentamente e que ela e que de certa forma, pode se afirma que ela tem prevenção, que é através do Papanicolaou.” (S 2)

“É uma doença degenerativa, né? Câncer... uma modificação lá do tecido... no útero, né... na genitália feminina, e que isso aí pode, se não for, no meu entendimento, cuidado com antecedência e cedo, pode se agravar e pode levar a morte.” (S 3)

“O câncer do colo do útero vem a ser um tumor, né! que se fica... se localiza exatamente no colo uterino, né! um tumor que vem a ser um tumor maligno.” (S 13)

As suas respostas mostraram um domínio bem mais apurado sobre o assunto, respondendo em sua maioria com adequação sobre o que seria o câncer; seus fatores de risco; sua localização, assim como o longo tempo de evolução da doença e possibilidade de cura para os diagnósticos feitos precocemente.

As diferentes adequações de respostas, conforme os diferentes níveis de escolaridade mostram que há uma relação direta entre essas variáveis. No qual, conforme, há uma maior escolaridade, foi demonstrado que existe maior conhecimento sobre o câncer de colo do útero, assim como os fatores que os cercam.

5.2.2 Já fez o exame citopatológico (papanicolaou)?

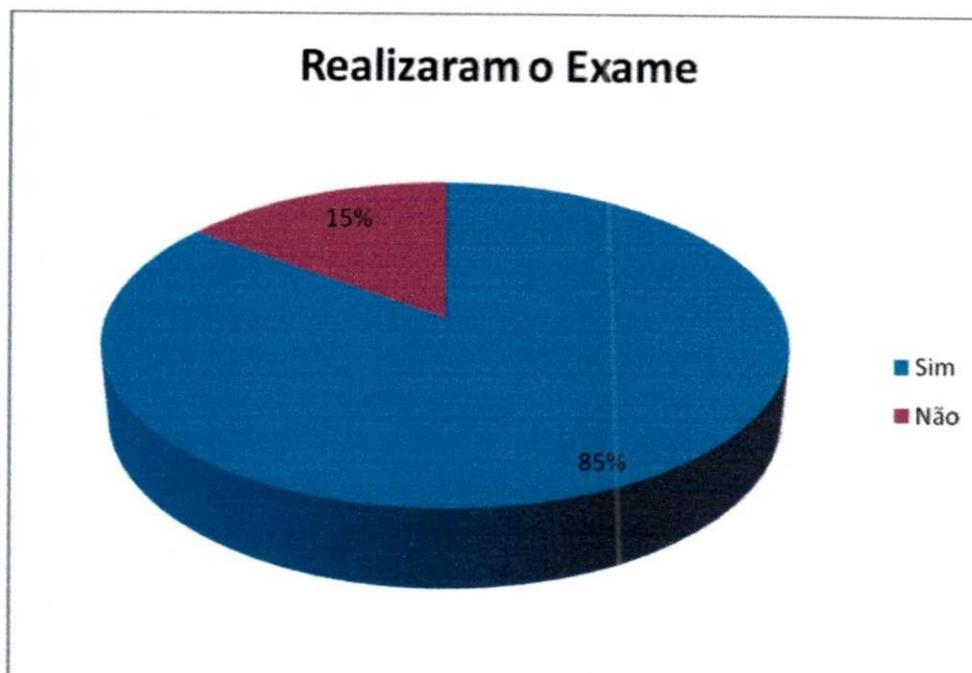


Gráfico 4 – Número de mulheres que já realizaram o exame citopatológico.

O gráfico 04 mostra que 85% (n=34) das mulheres já realizaram o exame citopatológico; enquanto as que não realizaram o exame em nenhum momento de sua vida somam 15% (n=06). Dessa forma é considerável a superioridade do número de mulheres que realizaram o exame em relação as que não o realizaram.

As incidências do câncer de colo do útero continuam elevadas no nosso país. Assim, vê-se a necessidade de melhoria na informação sobre o assunto, projetos de intervenção podem ser pensados para levar ao conhecimento das condutas preventivas, incluindo uma revisão dos programas de disseminação de informações e prevenção existentes que possam resultar em mudança de atitude da população (SILVA, 2005).

5.2.3 Com quantos anos fez esse exame pela primeira vez?

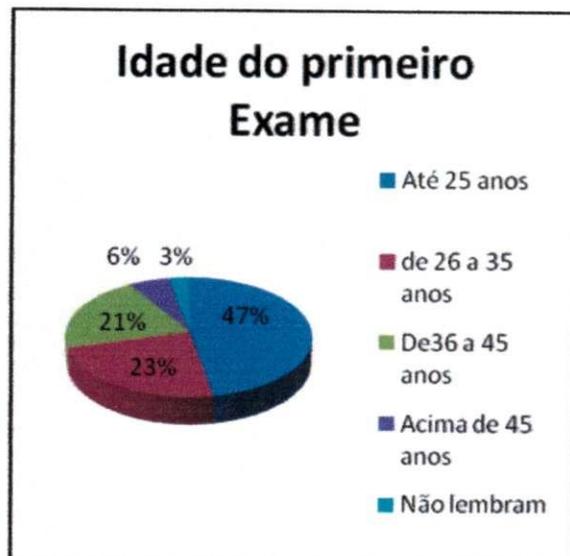


Gráfico 5 – Distribuição das mulheres segundo idade do primeiro exame citopatológico.

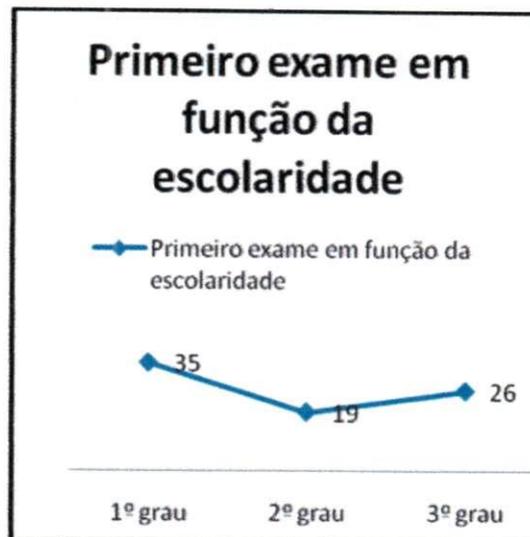


Gráfico 6 – Idade do primeiro exame citopatológico em função do nível de escolaridade

Das mulheres que realizaram o exame citopatológico, 47% (n=16) o fizeram com idade menor ou igual a 25 (vinte e cinco) anos; 23% (n=08) se submeteram com idade maior que 25 e menor que 35 anos; 02 (duas) relataram ter feito depois dos 45 (quarenta e cinco) anos de idade, e apenas (n=1) disse não lembrar, como pode ser mais bem visualizado no gráfico 05. Esses dados revelam que grande parte das mulheres começa a se prevenir através do exame citopatológico antes dos vinte e cinco anos de idade. Fator que é considerado positivo em vista de que a partir do começo da vida sexualmente ativa, a mulher já se encontra no grupo de risco para contrair o HPV.

Segundo Albuquerque (2009), mulheres pertencentes às faixas etárias com mais idade foram as que menos realizaram o exame ginecológico como o Papanicolaou nos últimos três anos, concordando com o observado por outros autores.

No gráfico 06, tem-se referência a idade do primeiro exame citopatológico em função do nível de escolaridade das mulheres que o realizaram. Pode ser visto por este, que conforme o nível de conhecimento aumenta, a idade do primeiro exame diminui. Este fato pode estar ligado à menor relutância em fazer o exame por parte daquelas que tem nível escolar mais privilegiado.

Essa relutância também pode ser notada quanto a busca pelo resultado do exame. O percentual de usuárias que não sabia o resultado de seus exames aumentava conforme diminuía a escolaridade: a proporção foi cerca de três vezes maior entre aquelas com até

quatro anos de escolaridade em relação a mulheres com doze anos ou mais de escolaridade. Pouco mais de um terço das mulheres com escolaridade até quatro anos acredita que câncer de colo uterino não seja curável, enquanto entre as mulheres com doze anos ou mais de escolaridade o percentual foi bem maior (HACKNHAAR, 2006).

5.2.4 O que te levou a fazer esse exame?

Nos discursos das mulheres de diferentes níveis de conhecimento entrevistadas, são revelados os principais motivos que permitiram que a mulher realizasse o exame citopatológico. São notórias as diferenças de estímulos para a sua realização entre os diferentes níveis de escolaridade e conhecimento. Sendo assim, para aquelas com escolaridade até o nível fundamental, pode ser notado que é comum realizarem somente depois do aparecimento de algum incômodo:

“É que eu tive problemas, né! quando eu fui casada eu tive um problema meio assim... sério, aí eu tive que fazer para saber, sobre bactérias.” (S 9)

“Porque eu tinha um problema no útero... corrimento, essas coisas, aí eu fiz o exame aí pediram.” (S22)

“Eu tava sentindo umas dores. Eu fui fazer, mas...” (S 25)

“Porque eu estava sentindo, assim um esquentamento, num sabe! Dor de urina, eu senti, mas não era nada demais. Era somente uma inflamaçãozinha pouquinho, num sabe! Aí eu tomei medicamento, depois eu fui novamente, fiquei boa aí.” (S 37)

Corroborando com tais observações, em estudo feito por Pinho (2003), quanto aos motivos para a realização do teste de Papanicolaou, a maior parte das mulheres entrevistadas relatou a procura espontânea pelo teste. Entre outras, o principal motivo foi recomendação médica. Algumas disseram ser a presença de queixas ginecológicas, o principal motivo para a realização do exame. Para as mulheres com baixa escolaridade, a realização do teste devido à recomendação médica ou à presença de queixas ginecológicas geralmente é mais frequente.

Quando abordadas, as mulheres que iniciaram ou concluíram o Ensino Médio, foi notado outro ponto comum entre as suas motivações para a primeira realização do exame citopatológico. Sendo declarado que o casamento e suas implicações com a sexualidade foram motivos importantes atribuídos pelas entrevistadas:

“Justamente porque já tava assim... casada, né! aí na vida conjugal eu acho que era bom fazer.” (S 20)

“Quando eu saí para casar, né! fazer aqueles exames de rotina... os exames que a mulher faz... exame de rotina, eu fiz.” (S 27)
“Foi o médico quem que indicou que mandou fazer. Eu tinha casado aí ele disse que tinha que fazer esses exames.” (S 29)

Sendo mais uma vez, posto em evidência que há entre as mulheres, apesar do conhecimento superficial, assimilação do câncer de colo do útero com a questão da sexualidade e que essa capacidade levaram as mulheres a saírem de suas casas, deixarem suas atividades diárias para se prevenirem.

As entrevistadas que iniciaram ou concluíram o Ensino Superior citaram como principais atores de estímulo para o primeiro exame citopatológico, as informações adquiridas das diversas formas:

“As orientações, as recomendações, né?... que se deve fazer... em benefício da própria saúde” (S 1)
“Acho que através das novelas, das reportagens que eu escutava, das amigas que eu estava acompanhando, e que eu sabia de muitos casos que já tinham acontecido. Eu tinha medo e já começava a me cuidar.” (S 12)
“O conhecimento através de leituras, e depois, durante o período de gestação, você vai ao médico, ao ginecologista durante os nove meses, tem todo um acompanhamento pré-natal que termina você ficando muito mais esclarecida da vida como mulher em relação a sua saúde, então você tem um compromisso pessoal de voltar a cada doze meses ao seu ginecologista.” (S 30)

É visto, nesse caso, que a propensão para o exame preventivo, partiu por vezes da aquisição do conhecimento sobre a sua existência e importância do exame, pondo amostra mais uma particularidade das mulheres que tem um nível de escolaridade mais privilegiado.

5.2.5 Por que acha importante a realização do exame citopatológico?

Ao responderem sobre a importância do Exame Citopatológico, as entrevistadas remetem à idéia de prevenção Termo que se repetiu de forma homogênea em quase todas as mulheres entrevistadas independente de diferenças de conhecimento sobre a doença e seu exame. Talvez esse resultado esteja ligado à maneira como esse exame é referido no cotidiano como “preventivo”, mas em muitas vezes, nas falas das entrevistadas, foi citado simplesmente como um estereotipo sem uma reflexão sobre o verdadeiro significado da palavra “prevenção”:

“Uma questão de prevenção, né? Saúde feminina... para evitar problemas futuros, né?... de saúde mais graves.” (S 3)

“Porque é uma forma de se prevenir, né! Se não fizer o exame, não tem como saber se tem ou não.” (S 14)

“... justamente por isso, para prevenir, para a prevenção.” (S 20)

A falta de compreensão da importância da realização do exame de Papanicolaou, sem dúvida, tem se mostrado fator de extrema importância por um segmento de mulheres, constituindo um desafio para os serviços de saúde, pois tem limitado o acesso ao rastreamento do câncer de colo de útero principalmente daquelas consideradas de maior risco (AMORIM, 2006).

Barbeiro (2009) diz que parte das mulheres não sabe a importância da realização do Papanicolaou; segundo ele, isto se deve ao fato de desconhecerem o procedimento porque os profissionais habilitados engajados nessa prática se abstêm de fornecer informações pertinentes e completas sobre o exame, a fim de reduzir a ansiedade e retirar as dúvidas, concluindo-se que a atuação do profissional agrava o sentimento de medo, desconforto, constrangimento, alimentando assim um ciclo vicioso.

5.2.6 Qual frequência ideal para a realização desse exame?

Pode ser percebido, diante das respostas das entrevistadas, que não há diferença significativa entre a adequação das respostas das mulheres com ensino fundamental e médio. Entre ambas foi notado que há uma tendência das mulheres a crerem que o exame deve ser feito a cada seis meses:

“Seis em seis meses.” (S 14)

“De seis em seis meses, né... ou de ano em ano” (S 15)

“Ou de seis em seis meses, ou de ano em ano, né... mas o certo mesmo é de seis em seis meses!” (S 19)

“Pelo menos de seis em seis meses.” (S 37)

“O certo é de seis em seis meses, mas só que, pelo menos, eu não faço de seis em seis meses. É mais anualmente.” (S 34)

Durante as entrevistas foi possível notar que as mulheres, quando orientados pelos seus médicos, muitas vezes são incentivadas a voltarem antes que complete um ano da última realização. Esse fator pode estar relacionado à frequentes ocorrências patológicas que levam os profissionais de saúde sugerirem um retorno precoce, ou até mesmo para o cumprimento de metas de produção. Costume que pode estar ensinando a mulher uma prática diferente daquela preconizada pelo Ministério da Saúde, que seria anualmente, e após dois anos consecutivos sem nenhuma alteração, passar a ser feito a cada três anos.

O efeito protetor do rastreamento para o câncer de colo do útero após um exame negativo em mulheres de 34 a 64 anos de acordo com o intervalo entre os exames: Anualmente é de 93%; a cada dois anos, de 93%; a cada três anos, 91%; de cinco em cinco anos, 84% e a cada dez anos sua proteção ainda permanece alta, com 64% de eficácia (BRASIL, 2002).

Na fala dos sujeitos da pesquisa que iniciaram ou concluíram o nível superior, podem ser vistas respostas com maior propriedade, em sua grande maioria em conformidade com o período recomendado pelo Ministério da Saúde corroborando com a afirmativa de que mulheres com mais anos de estudos tendem a ter maior conhecimento sobre o câncer de colo do útero e as informações que os cercam:

“Ministério as saúde preconiza que o tempo ideal é de ano em ano, e que depois de dois exames consecutivos normais, pode ser realizado a cada três anos” (S 2)

“Anualmente. A não ser que haja alguma alteração que seja necessária a realização semestral, ou a cada três meses para acompanhar o nível de alteração da lesão, mas é... anualmente.” (S 4)

“Pelo menos uma vez por ano.” (S 17)

“A frequência é anual. Se detectar alguma coisa faz necessário semestral ou até trimestral... dependendo do que exista.” (S 38)

5.2.7 Qual a frequência com que realiza esse exame?

No que considera a frequência com que é realizado o exame, não houve discrepância entre os diferentes grupos de nível fundamental, médio e superior formados. Em sua grande maioria as mulheres entrevistadas responderam que o realizam pelo menos uma vez por ano. Fator que pode ser, a priori, considerado positivo, mas que, assim como citado anteriormente, foge daquilo que é preconizado pelo Ministério da Saúde, podendo muitas vezes diminuir a qualidade de atendimento do sistema em virtude de atendimentos desnecessários:

“Eu faço anualmente. Eu faço todo um... todo ano eu faço um... uma checagem geral, um Check-up faço vários tipos de exame.” (S 5)

“Depois da primeira vez? Todo ano agora.” (S 16)

“Eu faço anualmente esse exame.” (S 30)

“eu sempre faço de ano em ano.” (S 40)

A periodicidade trienal de realização do exame citopatológico do colo do útero, estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 1988, e recomendada pelo Viva Mulher –

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama, permanece atual e está em acordo com as recomendações dos principais programas internacionais. A recomendação de que a periodicidade seja trienal, somente após dois resultados consecutivos, obtidos em exames realizados com intervalo anual, permite identificar os casos nos quais possa ter ocorrido um resultado falso-negativo (BRASIL, 2002).

5.2.8 Se não fez, por que não o realizou?

Na fala das entrevistadas, foram revelados, os motivos que não permitiram que as mulheres realizassem o exame papanicolaou. Entre as respostas destacam-se aquelas que indicam a vergonha, medo e descuido que, mesmo quando não citados, foram percebidos como fatores definitivos para a não realização. Chama ainda a atenção por esta variável ser comum a todos os níveis de conhecimento, sendo que, para o pesquisador, houve a impressão de que as afirmativas são mais verdadeiras quando partem daquelas com nível de escolaridade mais baixo; a causa que impediria as de as mulheres de nível superior estaria mais ligada ao trabalho. Sendo assim, o medo e a vergonha não se aplicariam fielmente, sendo mais verossímil a resposta referente ao descuido:

“Eu acho, eu acho que... certa falta de tempo, de interesse” (S 2)
“Só descuido mesmo... vergonha também... mais vergonha” (S 8)
“Sei lá... por descuido... por vergonha também... acho que mais vergonha... já fui uma vez aí voltei sem fazer.” (S 14)
“Porque tenho trauma de médico.” (S 18)
“Acho que descuido mesmo... medo, né! as vezes eu tenho até medo de fazer... mais medo do que vergonha.” (S 21)

Diante do exposto concorda-se com Silva et al. (2006) quando dizem que os principais motivos para que as mulheres não realizem o exame citopatológico, são a vergonha, desinformação, falta de interesse, dificuldade para o agendamento do exame, em menor proporção, o fato de não gostar do(a) médico(a) da UBS e nunca ter tido queixa ginecológica. Este último fator está presente com frequência em muitos estudos sobre os fatores limitantes para o exame.

Para Amorim et al. (2006), entre as causas para a não realização do exame, é referido com maior frequência o fato da mulher achar que não é necessário realizá-lo, seguido pelo motivo de considerá-lo um “exame embaraçoso”. Ele também afirma que o não conhecimento do exame também é uma constante entre as mulheres, seguido da dificuldade em marcar o exame

De acordo com Ferreira e Oliveira (2006), entre os fatores limitantes à realização do exame papanicolaou, destaca-se a falta de conhecimento quanto aos fatores causadores do câncer de colo do útero e o desconhecimento da existência do exame e/ou sua utilidade, bom como a mistificação do câncer como uma doença fatal.

É de grande importância manter-se informado sobre os fatores pelos quais a mulheres não realizam o exame citopatológico para poder atuar aumentando a cobertura e a adesão. Neste sentido, a atuação dos profissionais de saúde, assim como de outros meios de educação é primordial, visto que são eles que estão mais diretamente em contato com esta clientela. Minimizar os sentimentos de medo e timidez, desenvolvendo clima de confiança e empatia, contribui com o atendimento prestado a mulher durante a realização do exame.

5.2.9 Onde ouviu falar sobre o câncer de colo do útero?

Nesse estudo, percebeu-se, pelo que foi falado pelas entrevistadas, que os principais atores na obtenção das informações relativas ao câncer de colo do útero, são a televisão, conversas entre amigas e, em menor proporção, os profissionais da área de saúde:

“Na televisão, né! em todo canto fala, e os médicos também quando a gente passa no ginecologista, eles falam da importância de fazer.” (S 9)

“Nas televisões mostra tudo, né! a gente sempre ver... sempre a gente ver essas coisas.” (S 10)

“Através dos médicos, dos meios de comunicação, amigos, vizinhos... o meio, né onde a gente vive, a gente sempre escuta falar.” (S 13)

“Televisão eu vejo falar direto... ou só assim... quando eu vejo falar: fulano teve câncer de útero. É mais na televisão, né! eu quase não frequento médico.” (S 18)

Gamarra (2005) diz que o conhecimento sobre o Papanicolaou, na maior parte das vezes chega às mulheres por meio de conversas, porém, poucas mulheres podem ser classificadas como tendo conhecimento adequado. As principais fontes de informação sobre o exame, segundo seus estudos, são rádio, televisão, amigas, familiares e instituição de saúde. Ele ainda afirma que a origem do conhecimento do exame representa importante critério a considerar na avaliação do conhecimento.

Dada a importância que Gamarra (2005) refere sobre a origem do conhecimento é imprescindível referir que, entre aquelas com nível de escolaridade superior, pode ser visto

um espectro de meios de informação bem mais abrangente, sendo somente nesse grupo, citadas formas de obtenção dessas informações, através da leitura:

“Bom! Na mídia, né de uma forma geral e também através de leitura, da internet, de pesquisas.” (S 2)

“Já li sobre. Já vi palestras sobre. Já vi programas em TV também. Então assim... internet e várias fontes onde eu ouvi falar sobre o câncer de colo do útero.” (S 16)

“A partir da sala de aula, da televisão, palestras e na própria leitura de artigos e livros.” (S 17)

“Eu escuta mais falar sobre isso nas campanhas nacionais, e mesmo em livros e revistas, porque a pessoa está sempre em contato... você está sempre lendo nas revistas os índices da cidade onde o índice de câncer de colo de útero é mais alto... é na leitura e as vezes na televisão, alguma informação.” (S 30)

Entendendo a informação, como vem sendo mostrado ao longo desse estudo, como um fator importante no processo de adesão ao exame, o espectro de informações, segue essa mesma direção, aumentando a consistência do conhecimento, e com isso, a propensão da mulher para se prevenir.

O Câncer de colo do útero é a segunda causa de morte por câncer em mulheres no mundo. No Brasil, ele figura como o terceiro tipo mais comum de neoplasia que acomete as mulheres depois do câncer de pele não-melanoma e do câncer de mama. Conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres estão intimamente associados em relação ao exame citopatológico.

A partir do tema referido, buscou-se analisar e apontar a influência do conhecimento de mulheres de diferentes níveis de escolaridade à adesão ao exame citopatológico, assim como o domínio do tema, as formas de aquisição desse conhecimento e fatores que afastam de sua realização.

Desta forma, os resultados obtidos mediante os objetivos propostos revelam que o nível de conhecimento sobre o câncer de colo do útero está intimamente, e diretamente relacionado ao tempo de escolaridade; foi possível constatar também que aquelas mulheres que tem um grau de instrução mais privilegiado estão mais inclinadas para a realização desse exame, caráter evidenciado pelo fato de serem mais jovens ao cumprirem o primeiro exame.

Outro objetivo alcançado foi à demonstração das formas de aquisição das informações sobre o câncer de colo do útero e os elementos que os cercam pelos diferentes níveis de conhecimento, onde se comprovou que são provindos de fontes diferentes para cada grau de escolaridade. Ainda foi possível verificar que há distintos elementos que desmotivam a mulher para não se submeter ao citopatológico conforme os níveis de escolaridade também são distintos, sendo assim alcançados os objetivos propostos.

De forma geral, os obstáculos enfrentados pelas mulheres para a realização do exame de prevenção de câncer de colo do útero originam-se na falta de informações corretas e mais aprofundadas sobre o assunto. Conhecimentos superficiais ou errados levam a práticas pouco regradas e sem qualquer compromisso distanciando a saúde da mulher daquela que seria tida como aceitável.

Neste sentido, pode ser apontada a importância de intervenções fortemente direcionadas para pesquisas regionais e locais que possibilitem maior adequabilidade das ações futuras. Essas, quando tomadas por base, possibilitam ações de cunho educativo em saúde para ambientes escolares, igrejas, associações, assim como um fortalecimento de políticas semelhantes em setores de saúde pública. Associado a isto se faz necessário a disponibilidade de recursos diagnósticos e tratamento oportuno.

Mediante os resultados apresentados, foi possível obter um novo olhar para a realidade em que estão inseridas as mulheres menos favorecidas em termos de conhecimentos. Esse olhar possibilita uma postura mais compreensiva, e atitudes mais justas frente ao que é de fato

a situação da saúde feminina. É com tal expectativa, que se coloca um olhar mais otimista para as ações futuras, fundadas em novos saberes, e abrindo portas para o investimento em educação para a saúde.

ALMEIDA, H. G. G. et al. Avaliação do Conhecimento Teórico dos Diabéticos de Um Programa Interdisciplinar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.3, n.2, p.145-64, jul, 1995.

AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p. 2329-38, nov, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. **NBR 10520**: Informação e documentação - citações em documentos - apresentação. Rio de Janeiro: 2002.

BARBEIRO, F. M. S. et al. Conhecimento e práticas das mulheres acerca do exame papanicolaou e prevenção do câncer Cérvico-Uterino. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online**. v. 1, n. 2, set/dez, p. 414-22, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2001.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero: **Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher**. Belo Horizonte, [s.n.], 2008

BEZERRA, S. J. S. et al. Perfil das mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para câncer de colo uterino. **DST – J bras Doenças Sex Transm**. Fortaleza/CE v.17, n.2, p. 143-48, 2005.

BORGES, C.J. **Avaliação das ações educativas em saúde com grupos de gestantes**: estudo comparativo entre Unidade de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde. 2005. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

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

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer. Uma Proposta de Integração ensino-Serviço**. 3 ed. atual. amp. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil 1979 – 1999**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Falando sobre o câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRENA, S. M. S. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.17, n.4, p. 909-14, julho, 2001

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirurgião**. 10. ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CABRAL, M. D. B. et al. Análise do rastreamento do câncer de colo do útero no Estado do Rio de Janeiro. **21º Congresso Brasileiro de Ciência Biomédica**. Rio de Janeiro, 2009.

CESTARI, M. E. W. **A Influência da Cultura no Comportamento de Prevenção do Câncer**. 2005. 167 f. (Mestrado em Enfermagem) Universidade Estadual de Londrina/ Universidade do Norte do Paraná. Londrina, 2005.

DANGELO, J. G; FATTINE, C. A. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

DAVIM, R.M.B. et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.39, n.3, p.296-302, 2005.

DUAVY, L. M. et al. A Percepção da Mulher Sobre o Exame Preventivo do Câncer Cérvico-Uterino: Estudo de Caso. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. V.12, n.13, p. 733-42, set. 2007.

FERNANDES, J.V. Conhecimentos, atitudes e Práticas do exame Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. Natal, v.43, n.5, p.851-8, 2009.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. (org.). **Enfermagem em Saúde da Mulher**. Barueri, SP: Manole, 2007.

FERREIRA, M.L.S.M. Motivos que influenciam a não realização do exame papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Biblioteca Virtual em Saúde**, Botucatu, v.13, n.2, p.378-74, abr-jun. 2009.

FERREIRA, M.L.M; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do Câncer de Colo de Útero e detecção precoce do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Botucatu – SP, v.52, n.1, p.5-15, set. 2006.

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

GAMARRA, C. J.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e Prática do exame de Papanicolaou entre Mulheres Argentinas. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.39, n.2, p.270-6, set. 2005

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Brasília-DF, 2009. Disponível em:

<<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>>. Acesso em: 01/04/2010.

JEKEL, J.F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LEAL, E. A. S. et al. Lesões Precursoras do Câncer de Colo em Mulheres Adolescentes e Adultas Jovens do Município de Rio Branco – Acre. **RBGO**, Acre, v.25, n.2, 2003.

LIMA, C. A.; PALMEIRA, J. A. V.; CIPOLOTTI, R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.22, n.10, p.2151-56, out, 2006.

LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica**. V. 2. São Paulo: Roca, 2006.

LOPES, E. M.; DOS ANJOS, S. J. S. B.; PINHEIRO, A. K. B. Tendência das Ações de Educação em Saúde Realizadas por Enfermeiros no Brasil. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro/UERJ. v.17, n.2, p. 273-7, abri/jun, 2009.

LOPES, M. H. B. M. **Enfermagem na Saúde da Mulher**. Goiânia: AB, 2006.

MEDEIROS, V. C. R. D. et al. Câncer de Colo de Útero: Análise Epidemiológica e citopatológico no Estado do Rio Grande do Norte. **RBAC**. Rio Grande do Norte. vol.37, n.4, p. 227-31, 2005.

MENDONÇA, F. G. D. et al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sócio-demográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**. Recife/PE, v. 30, n.5, p. 248-55, 2008.

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

MOTENEGRO, M. R; FRANCO, M. **Patologia: Processos Gerais**. 4. Ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

MOORE, K.L. PERSAUD, T.V.N. **Embriologia Básica**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MURRAY, P. R.; ROSENTHAL, K. S.; PFALLER, M. A. **Microbiologia Médica**. 5 ed. Tradução de Cláudia Adelino Espanha... [et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

OLIVEIRA, M. M.. H. N. et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Rev. Bras Epidemiol**. São Luís, MA v. 9, n. 3, p. 325-34, 2006.

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

OTTO, S. E. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2002.

PINHO, A. A. et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 19(Sup. 2): 303 -13, 2003

RHOADES, A.R; TANNER, G. **Fisiologia médica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z. ; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

RUBIN, E. et al. **Patologia: Bases clinicopatológicas da medicina**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SILVA, D. W. et al. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo/SP, v. 28, n.1: p. 24-31, 2006.

SOUZA, A.C; FIALHO, F. OTINI, N. **TCC: métodos e técnicas**. Florianópolis: Visual Books, 2007.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: A Influência do Conhecimento de Mulheres de Diferentes Níveis de Escolaridade à Adesão ao Exame Citopatológico.

Pesquisador responsável: Geofábio Sucupira Casimiro

Pesquisador participante: Edicleber de Araújo Silva

Eu _____, R.G _____,
CPF _____, residente na _____, fui informado(a) que este projeto tem o objetivo de **Apontar a influência do conhecimento de mulheres de diferentes níveis de escolaridade à adesão ao exame citopatológico.** Para desenvolvê-lo será necessário realizar os seguintes procedimentos: **Coletar as informações em instrumento de coleta de dados com questões objetivas e subjetivas referentes à pesquisa, para os quais o pesquisador poderá fazer uso de outras perguntas para melhor compreensão das respostas. E se eu consentir, também será utilizado um gravador, para as minhas respostas podendo ser utilizadas unicamente para subsidiar a realização desta pesquisa e assim manter a fidelidade delas.**

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

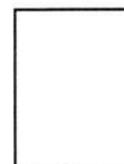
Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras - PB, telefone (83) 3531-2848. Ou com o pesquisador responsável: **Geofábio Sucupira Casimiro**, Residente na Rua: Manuel Gadelha Filho, nº 53, Centro, Sousa - PB, telefone (83)8883-0757; e-mail: gscasimiro@bol.com.br, ou ainda com o pesquisador participante: **Edicleber de Araújo Silva**, Residente na Rua: João Coleta, Bairro: São José, nº 55, Cajazeiras - PB, telefone (83) 8705-9387; e-mail: unicresso3000@hotmail.com;

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto/ou autorizar que participe da pesquisa.

Cajazeiras - PB, ____ de _____ de _____.

Nome do sujeito/ou do responsável:.....

Assinatura:



Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa):

Testemunha 1:

Nome:

Assinatura:

Testemunha 2:

Nome:

Assinatura:

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Eu, **Geofabio Sucupira Casimiro** professor, matrícula _____ da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação do (a) aluno (a), **Edicleber de Araújo Silva** do Curso de Graduação em Enfermagem cujo projeto de pesquisa intitula-se “**A influência do conhecimento de mulheres de diferentes níveis de escolaridade a adesão ao exame citopatológico**” e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
CO-ORIENTADOR**

Eu, **Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira** professora, matrícula _____ da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela co-orientação do aluno **Edicleber de Araújo Silva** do Curso de Graduação em Enfermagem, cujo projeto de pesquisa intitula-se “**A influência do conhecimento de mulheres de diferentes níveis de escolaridade à adesão ao exame citopatológico**” e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo projeto de pesquisa, pelo fiel acompanhamento das atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador co-orientador

APÊNDICE D
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

Eu **Edicleber de Araújo Silva**, aluno do Curso de Graduação em enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me, junto com o meu orientador, o professor **Geofabio Sucupira Casimiro** e co-orientadora, a professora **Kennia Sibelly Marques de Abrantes Sucupira** a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “**A influência do conhecimento de mulheres de diferentes níveis de escolaridade a adesão ao exame citopatológico**” e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador e co-orientador nas atividades de pesquisa, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE E
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Caracterização da amostra:

Nome: _____
Idade: _____ anos
Escolaridade: _____ Ocupação: _____
Situação Conjugal: _____

Questões norteadoras:

1) O que você entende por câncer de colo do útero?

2) Você já fez o exame citopatológico (papanicolaou)? Sim () Não ()

3) Se sim, com quantos anos fez este exame pela primeira vez?

4) O que te levou a fazer este exame?

5) Por que acha importante a realização do exame citopatológico?

6) Qual a frequência ideal para a realização desse exame?

7) Qual a frequência com que realiza este exame?

8) Se não fez este exame, por que não o realizou?

9) Onde ouviu falar sobre o câncer de colo do útero?

ANEXO A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS- PB

Ofício 017-2010 – Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem

Cajazeiras, 30 de março de 2010

DA: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem

Prof.Dr. Francisco Fábio Marques da Silva

À: Ilm.Sr. José Cezario de Almeida

Diretor do Campus do Centro de Formação de Professores de Cajazeiras - UFCG

Solicitamos a V. As., autorização para o aluno Edicleber de Araújo Silva, matrícula50612116, coletar dados referentes a monografia de conclusão de curso Bacharelado em Enfermagem, intitulada: *A influência do conhecimento de mulheres de diferentes níveis de escolaridade à adesão ao exame citopatológico*, sob orientação do professor Geofabio Sucupira Casimiro, durante o período letivo 2010.1

Na certeza do pronto atendimento a este pleito, agradecemos a vossa atenção, e nos despedimos cordialmente com votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

Prof.Dr. Francisco Fábio Marques da Silva
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

ANEXO B

**FACULDADE SANTA MARIA
CURSO GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA AO
COMITÊ DE ÉTICA**

<i>Para preenchimento pelo Comitê de Ética da FSM</i>	
Protocolo n.º:	Data de recebimento: / /

Título do Projeto de Pesquisa: A Influência do Conhecimento de Mulheres de Diferentes Níveis de Escolaridade a Adesão ao Exame Citopatológico.

Pesquisa () Extensão() TCC(X) Especialização() Mestrado() Doutorado()

Nome do Pesquisador Responsável: Geofabio Sucupira Casimiro

Endereço: Rua: Manuel Gadelha Filho, n º27; Bairro: Gato Preto; Cidade: Sousa

Telefone(s): (83) 8883-0757

E-mail: gscasimiro@bol.com.br

Nome do Pesquisador Participante: Edicleber de Araújo Silva

Endereço: Bairro: São José; Rua: Claudio Leite, nº 555; Cidade: São José do Egito - PE

Telefone(s): (83) 8705 - 9387

E-mail: unicresso3000@hotmail.com

Cajazeiras – PB, ____/____/____.

Assinatura do Pesquisador Responsável