



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCENIR MENDES FURTADO MEDEIROS

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DAS MULHERES SOBRE A
PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO: UM ESTUDO COM MULHERES
DO MUNICÍPIO DE ICÓ, CEARÁ**

FORTALEZA

2016

LUCENIR MENDES FURTADO MEDEIROS

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DAS MULHERES SOBRE A
PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO: UM ESTUDO COM MULHERES
DO MUNICÍPIO DE ICÓ, CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientadora: Prof^a. Dra. Andrea Gomes Linard.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

M491c Mendes Furtado Medeiros, Lucenir.

Conhecimento, atitude e prática das mulheres sobre a prevenção do câncer do colo uterino: um estudo com mulheres do município de Icó, Ceará / Lucenir Mendes Furtado Medeiros. – 2016.

87 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.

Área de Concentração: Saúde da Família

Orientação: Profa. Dra. Andrea Gomes Linard.

1. Colo do Útero. 2. Saúde da Mulher. 3. Teste de Papanicolaou. I. Título.

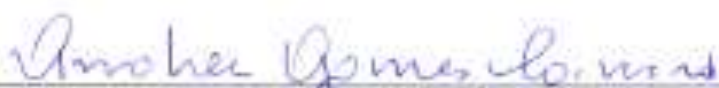
CDD 610.73

LUCENIR MENDES FURTADO MEDEIROS

**CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DAS MULHERES SOBRE A
PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO: UM ESTUDO COM
MULHERES DO MUNICÍPIO DE ICÓ, CEARÁ.**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

BANCA EXAMINADORA:



Prof.^a. Dr.^a. Andrea Gomes Linard (Presidente/Orientadora)
Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB



Prof. Dr. Valter Cordeiro Barbosa Filho (Membro Efetivo)
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC



Prof.^a. Dr.^a. Emília Soares Chaves Rouberte (Membro Efetivo)
Universidade da Integração Internacional da
Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

Aprovada em: 23 / 09 / 16

Fortaleza-CE

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte de vida, pelo seu amor infinito, por ter me encorajado e orientado os meus passos nos momentos difíceis dessa caminhada, principalmente quando encontrava alguns desafios que me deixavam desanimada e por algumas vezes chegava a pensar que não conseguiria terminar;

Aos meus pais, por todo o amor, compreensão, dedicação e esforço contínuo para concretização desta conquista;

Aos meus irmãos, por acreditarem na minha capacidade, pela amizade fraterna, pelo apoio e incentivo durante toda a minha vida, principalmente a Carmen Lúcia que me acolheu em seu apartamento quinzenalmente durante este percurso, indo me pegar na rodoviária inúmeras vezes e me conduzindo para aulas;

Ao meu esposo, Harley Werbert, pelo seu amor, companheirismo, compreensão, presença e incentivos diários na concretização desta etapa, compartilhando comigo as dificuldades e alegrias, sempre depositando em mim palavras de incentivo e de certeza que eu seria capaz de vencer esse desafio;

Aos meus filhos: Vítor e Lívia, pelo amor, carinho, apoio, estímulo e compreensão das minhas ausências necessárias para o cumprimento das etapas desta conquista;

À meu amor de quatro patas, minha cachorrinha Mel, por ficar sempre comigo, deitada ao meu lado, minha companheira das madrugadas;

À minha irmã de coração, Sara Séfora, que acompanhou cada passo desta caminhada, sempre me fortalecendo, estimulando, dando forças diariamente;

Às grandes amigas que partiram de repente desta vida, deixando seus ensinamentos de fé, garra, otimismo e sei que de onde estão continuam me iluminando, guiando meus passos: Julyana, Sra. Aldenoura, Sra. Ivânia e Aparecida, são anjos em minha vida, estrelas trilhando meus passos;

À professora Dra. Andrea Gomes Linard, minha orientadora, por toda confiança, compreensão, incentivo e motivação para o desenvolvimento deste trabalho;

À coordenação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFC, por todo ensinamento e dedicação;

Aos membros da banca pela disponibilidade e contribuições que só engrandeceram meu trabalho;

Aos inesquecíveis amigos do Mestrado: Adriana, Aíla, Alyne, Bruno, Cristiane, Cristiano, Danuta, Diego, Dírliã, Emanuela, Eline, Fábio, Gemimma, Géssika, Joverlândia, Luciana, Maria Luísa, Marielle, Risolinda e Verônica, por todos os nossos momentos de apoio, incentivo, trocas de experiências e alegria a cada encontro nosso;

A todo o corpo docente, pela disponibilidade e empenho para a concretização desse mestrado;

À secretária Suerda pelo excelente acolhimento, estímulo e torcida para a concretização de cada degrau desta jornada;

À Secretaria Municipal de Saúde de Icó-Ce, pela liberação e apoio durante todo o processo;

Aos enfermeiros de cada Unidade Básica de Saúde, que me acolheram tão bem e se colocaram a disposição para ajudar nesta pesquisa;

À minha equipe de trabalho da ESF São Geraldo, por compreenderem meus momentos de ausência e por torcerem por mim, como também meus alunos do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado (FVS) e coordenadora Kerma Márcia;

Aos meus grandes amigos: Ivanise Freitas, Rafael Bezerra, Jacielma Melo, Luciana Barreto, Socorro Marques e Rosina Manuela que me incentivaram desde a seleção, acreditando em meu potencial, encorajando-me sempre a vencer esse desafio;

À todas as mulheres que participaram deste estudo, que me receberam e se colocaram a disposição para ajudar nesta pesquisa;

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste grande sonho, muito obrigada;

Essa conquista não é só minha, ela é também de cada um de vocês. Obrigada por existirem em minha vida!

RESUMO

O câncer do colo uterino é caracterizado pelo aumento desordenado do epitélio que reveste o órgão, afetando todo o tecido subjacente conhecido como estroma. Embora as mulheres busquem mais os serviços de saúde, no Brasil ainda há uma grande incidência de morte relacionada a esse tipo de patologia, sendo um dos tipos de câncer que mais acomete a população feminina. O exame citopatológico, realizado nas Unidades Básicas de Saúde, é utilizado como um método de rastreamento das lesões precursoras desse câncer e sinaliza o direcionamento de algumas ações de saúde. Frente a esse contexto este estudo objetivou verificar o conhecimento, atitude e prática das mulheres sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino, em mulheres de um município do Ceará. Tratou-se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa desenvolvido nas salas de espera das unidades de saúde do município de Icó. A amostra do estudo foi aleatória e composta de 379 mulheres. Foi aplicado o inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) previamente utilizado (MALTA, 2014), composto por 46 perguntas. O teste realizado para responder aos objetivos do estudo foi o qui-quadrado. As variáveis sociodemográficas estudadas como potenciais variáveis associadas ao conhecimento, atitude e prática, foram: idade, estado civil, escolaridade, religião, ocupação, trabalho e renda familiar. Na história sexual e reprodutiva foi pesquisada vida sexual e tempo do início da mesma, parceiro fixo, laqueadura, uso de camisinha, método contraceptivo, filhos, idade que teve o primeiro filho, aborto, DST, problema no útero, histerectomia, gravidez e câncer na família. Os dados evidenciaram que em 49,9% das mulheres o conhecimento foi avaliado como inadequado. A atitude inadequada foi em 46,2% das mulheres e a prática inadequada em 40,1%. As seguintes variáveis apresentaram significância estatística para o conhecimento inadequado: estado civil ($p=0,016$, maior entre solteiras), escolaridade ($p < 0,001$, maior entre analfabetas ou com ensino fundamental incompleto), renda ($p=0,004$, maior nas com renda menor de um salário mínimo, não possuir parceiro fixo ($p<0,017$) e ter DST ($p=0,039$). A escolaridade das mulheres foi a única variável associada a atitude inadequada ($p=0,003$). As variáveis estatisticamente associadas a prática inadequada foram: estado civil, faixa etária, trabalho fora de casa, renda familiar, não ter vida sexual ativa, ser laqueada e ter tido o primeiro filho com idade de 25 anos ou mais. Quanto as dificuldades para realizar o exame Papanicolaou na ESF e receber o resultado teve grande destaque a demora do resultado. Percebeu-se a partir desta pesquisa, a importância da educação em saúde acerca da problemática relacionada ao CCU e sua prevenção, como também a necessidade do apoio por parte dos gestores. Tivemos alguns grupos de mulheres com maior risco ao problema estudado, devendo portanto serem priorizadas por os profissionais de saúde e gestores, realizando-se a busca ativa desse grupo para realização de rodas de conversas. Espera-se que os resultados encontrados possam contribuir para a melhoria do atendimento às mulheres e realização de uma maior vigilância quanto a frequência ao exame, visando uma maior abrangência das mulheres, satisfazendo suas necessidades de conhecimento através da troca de saberes.

Palavras-chave: Colo do Útero. Saúde da Mulher. Teste de Papanicolaou.

ABSTRACT

Cancer of the cervix is characterized by the disordered enlargement of the epithelium that lines the organ, affecting all the underlying tissue known as stroma. Although women seek more health services, in Brazil there is still a high incidence of death related to this type of pathology, being one of the types of cancer that affects the female population the most. The cytopathological examination, performed at the Basic Health Units, is used as a screening method for the precursor lesions of this cancer and indicates the direction of some health actions. Against this background, this study aimed to verify the knowledge, attitude and practice of women on the cervical cancer prevention exam in women from a municipality of Ceará. It was an exploratory study with a quantitative approach developed in the waiting rooms of the health units of the municipality of Icó. The study sample was random and composed of 379 women. The KAP (Knowledge, Attitude and Practice) survey previously used (MALTA, 2014), composed of 46 questions, was applied. The test performed to answer the study objectives was chi-square. The sociodemographic variables studied as potential variables associated with knowledge, attitude and practice were: age, marital status, schooling, religion, occupation, work and family income. In the sexual and reproductive history, the sexual life and the time of the beginning of the sexual intercourse were investigated, fixed partner, tubal ligation, condom use, contraceptive method, children, age of first child, abortion, Sexually Transmitted Disease, hysterectomy, pregnancy and cancer in the family. The data showed that in 49.9% of the women the knowledge was evaluated as inadequate. The inadequate attitude was in 46.2% of the women and the inadequate practice in 40.1%. ($p = 0.016$, higher among single women), schooling ($p < 0.001$, higher among illiterates or incomplete primary education), income ($p = 0.004$, higher in the lower income group) Of a minimum wage, did not have a fixed partner ($p < 0.017$) and had STD ($p = 0.039$). The education of women was the only variable associated with an inappropriate attitude ($p = 0.003$). The variables statistically associated with inappropriate practice were: marital status, age, work away from home, family income, no active sex life, lactation and having had the first child aged 25 years or more. As for the difficulties to perform the Papanicolaou exam at the HSF and receive the result had great prominence the delay of the result. From this research, the importance of health education about the problems related to cervical cancer and its prevention, as well as the need for the support of the managers, was perceived. We had some groups of women with greater risk to the problem studied, and should therefore be prioritized by health professionals and managers, with the active search of this group for the realization of conversation wheels. It is hoped that the results found may contribute to the improvement of the attendance of women and greater vigilance regarding the frequency of the examination, aiming at a greater comprehension of the women, satisfying their knowledge needs through the exchange of knowledge.

Keywords: Uterine cervix. Women's Health. Pap test.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Equipes da Estratégia Saúde da Família e EACS, segundo o número de mulheres de 20 a 59 anos e a proporção dessas a serem entrevistadas. Icó, Ceará, (2016).....	29
TABELA 2	Caracterização sociodemográficas das mulheres avaliadas (n=379) nas Unidades de Saúde do município de Icó, Ceará (2016).....	35
TABELA 3	Caracterização do histórico sexual e reprodutivo das mulheres avaliadas (n=379) nas Unidades de Saúde do município de Icó, Ceará (2016).....	38
TABELA 4	Variáveis relacionadas ao conhecimento, à atitude e à prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino entre mulheres (n=379) das Unidades de Saúde do município de Icó, Ceará (2016).....	41
TABELA 5	Dificuldades e barreiras para a realização e o recebimento do resultado do exame de prevenção do câncer do colo uterino entre mulheres das Unidades de Saúde do município de Icó, Ceará (2016).....	50
TABELA 6	Associação das variáveis sociodemográficas e o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino entre mulheres (n=379) nas Unidades de Saúde do município de Icó, Ceará (2016).....	59
TABELA 7	Associação das variáveis de histórico sexual e reprodutivo e o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino entre mulheres (n=379) nas Unidades de Saúde do município de Icó, Ceará (2016).....	62

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01	Classificação do conhecimento, da atitude e da prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino entre mulheres (n=379) das Unidades de Saúde do município de Icó, Ceará (2016).....	48
FIGURA 02	Motivos para a não realização do exame de prevenção do câncer do colo uterino na unidade da Equipe de Saúde da Família (ESF) entre as mulheres do município de Icó, Ceará (2016).....	51
FIGURA 03	Dificuldades para conseguir realizar o exame de prevenção do câncer do colo uterino na unidade da Equipe de Saúde da Família (ESF) entre as mulheres do município de Icó, Ceará (2016).....	52
FIGURA 04	Dificuldades encontradas para a realização do exame de prevenção do câncer do colo uterino na unidade da Equipe de Saúde da Família (ESF) entre as mulheres do município de Icó, Ceará (2016).....	53
FIGURA 05	Barreiras para receber o resultado do exame de prevenção do câncer do colo uterino na unidade da Equipe de Saúde da Família (ESF) entre as mulheres do município de Icó, Ceará (2016).....	54

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CCU	Câncer do Colo do Útero
CEMED	Centro de Especialidades Médicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EACS	Equipe de Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPV	Papiloma Vírus Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNCCC	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero
PSE	Programa Saúde na Escola
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNILAB	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Objetivo geral.....	16
2.2	Objetivos específicos.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1	A Atenção à Saúde da mulher no Brasil.....	17
3.2	Perfil epidemiológico do câncer do colo do útero.....	20
3.3	Ações de prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino.....	22
3.4	Conhecimento, atitude e prática.....	25
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	27
4.1	Tipo de estudo.....	27
4.2	Locus da pesquisa.....	27
4.3	População e amostra.....	28
4.4	Instrumento e procedimentos de coleta de dados.....	30
4.5	Organização e análise dos dados.....	33
4.6	Aspectos éticos.....	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
5.1	Descrição da amostra.....	35
5.2	Histórico sexual e reprodutivo.....	38
5.3	Conhecimento, atitude e prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino.....	41
5.4	Dificuldades e barreiras no exame de papanicolaou.....	49
5.5	Variáveis sociodemográficas associadas ao conhecimento, à atitude e à prática do exame.....	55
5.6	Variáveis do histórico sexual e reprodutivo associadas ao conhecimento, à atitude e à prática do exame.....	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO	

APÊNDICE D -DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÈTICA

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino, também denominado de câncer cervical é o sétimo tumor mais frequente no mundo e o terceiro mais frequente na população feminina, ficando atrás apenas do câncer de mama e do colorretal, sendo a quarta causa de morte de mulheres no Brasil. Assim, torna-se visível que o país avançou e muito no modelo de diagnóstico precoce, pois durante a década de 1990, 70% dos casos que eram diagnosticados eram relacionados com a doença na fase invasiva. Atualmente, 44% dos casos são de lesões precursoras do câncer chamado de “*In Situ*” (INCA, 2015).

O câncer cervical é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente, com exceção do câncer de pele (RICO; IRIART, 2013).

Considerando que a neoplasia em questão apresenta lesões sugestivas com bom prognóstico se diagnosticada e tratada precocemente, a ação preconizada e acessível a todas as mulheres, e para controle populacional, consiste na realização do Exame Papanicolaou, exame esse cuja realização é preconizada entre mulheres de 25 e 59 anos ou as que tenham vida sexualmente ativas antes disso. Com ênfase maior entre 35 e 49 anos, período de maior iniciação de células neoplásicas (JORGE *et al.*, 2011b).

O teste de Papanicolaou ainda é a principal ferramenta para o rastreamento de massa das lesões cervicais na maior parte do mundo. O exame tem várias etapas laboratoriais que, no final, permite identificar nas células esfoliadas do colo uterino, alterações suspeitas de transformação neoplásica. Esse exame está em uso há mais de 50 anos, mas a doença ainda responde por metade da carga global de câncer ginecológico no mundo, devido à falta de um efetivo programa de rastreamento nos países de média e baixa renda (NASCIMENTO; SILVA; MONTEIRO, 2012).

A principal estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde para a prevenção do Câncer do Colo Uterino é a disponibilização desse exame. Anteriormente, o exame de prevenção, como é conhecido popularmente, devia ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos; atualmente, a faixa etária recomendada é a de 25 a 64 anos em mulheres que já tiveram atividade sexual. O

exame deve ser feito a cada três anos após dois exames normais consecutivos, realizados com um intervalo de um ano (BRASIL, 2013a).

Embora essas recomendações tenham respaldo nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e em evidências de programas europeus e norte americanos bem-sucedidos, encontra-se resistência entre mulheres e profissionais de saúde na sua utilização, sendo o exame anual equivocadamente considerado uma prática mais eficaz e segura (INCA, 2010).

A recomendação da OMS é uma cobertura de 80% a 85% de rastreamento da população de risco com o exame Papanicolaou (BORGES *et al.*, 2012).

Para os países em desenvolvimento, alcançar alto nível de cobertura é um desafio, sendo o conhecimento dos fatores associados com a realização do Papanicolaou essencial na construção de estratégias para a redução da incidência e mortalidade por Câncer do Colo Uterino (CORRÊA; VILLELA; ALMEIDA, 2012).

Alguns fatores de risco são associados ao Câncer do Colo Uterino: multiplicidade de parceiros e a história de infecções sexualmente transmissíveis, a idade precoce na primeira relação sexual e a multiparidade. Além desses, estudos epidemiológicos consideram outros fatores, tais como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato, e o uso de anticoncepcionais (CESARIN; PICCOLI, 2011). Contudo, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é o principal fator de risco para o desenvolvimento do Câncer do Colo do Útero (CCU). Infecções persistentes por HPV podem levar a transformações intraepiteliais progressivas que podem evoluir para lesões intraepiteliais precursoras do CCU (INCA, 2015).

Os programas de rastreio seletivo e sistematizado, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade fundamentam experiências exitosas no controle do câncer do colo uterino. Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família pode oferecer grandes contribuições no controle da doença, pois possui práticas voltadas à vigilância e com participação social. Mesmo assim o exame de rastreio ainda não é realizado com a regularidade desejada (RAFAEL; MOURA, 2010).

O número de coletas abaixo do esperado e o aumento da morbimortalidade da doença têm mostrado possíveis deficiências na oferta, no acesso e na qualidade das ações de prevenção, em cenário nacional. Portanto, essa patologia merece grande atenção dos profissionais de saúde (ANDRADE *et al.*, 2013).

Essa realidade parece não ser diferente em alguns municípios do Ceará. No presente estudo destaco Icó-Ce que é meu cenário de prática profissional há 19 anos na atenção básica de saúde.

No município de Icó, os índices de cobertura do exame de prevenção são baixos, o que constata a importância de uma intervenção imediata nessa temática do presente estudo. Continuamos anualmente tendo óbitos por câncer do colo uterino. É preciso priorizar as ações de rastreamento e diagnóstico precoce, realizar busca ativa das mulheres para realizar o citopatológico e a educação em saúde precisa ser adotada em todas as consultas, grupos, salas de espera, visitas domiciliares, enfim em todas as oportunidades encontradas.

Enquanto profissional de saúde, tenho acompanhado periodicamente os baixos registros de execução do exame de Papanicolaou. Essa constatação tem me inquietado e sido tema das discussões mensais entre os coordenadores das Unidades de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde.

A partir desta realidade surgiu a motivação e compreendeu-se a relevância de responder o seguinte questionamento: quais as características do conhecimento, da atitude e da prática sobre o exame de prevenção do colo uterino das mulheres no município de Icó?

Estudar o conhecimento é importante, pois interfere no modo pelo qual a mulher percebe o exame de prevenção do câncer do colo uterino, dependendo do nível de conhecimento que possui. Identificando a atitude dessas mulheres, verificamos suas opiniões e avaliando a prática entenderemos a tomada de decisão dessas mulheres.

É necessário identificar o conhecimento, a atitude e a prática das mulheres sobre o exame para traçarmos estratégias para mudar esse panorama do município de Icó. Com a avaliação dessas variáveis poderemos direcionar as ações que as equipes de saúde devem enfatizar, quais os grupos de mulheres que merecem maior atenção.

O comportamento das pessoas no que se refere à questão da saúde é complexo, já que depende de opinião, crenças, atitudes e valores de cada indivíduo. Verificando esse comportamento, as potencialidades e fragilidades são identificadas e poder-se-á intervir de forma coerente e embasada.

Conhecer as dificuldades e as barreiras para a realização do exame preventivo é o primeiro passo para definir estratégias de intervenções mais eficientes e adequadas às reais necessidades da população feminina do município de Icó.

Haverá assim uma maior vigilância quanto à frequência ao exame e quebra de tabus, visando uma maior abrangência das mulheres e satisfazendo suas necessidades de conhecimento através da troca de saberes.

Frente a esta conjuntura a pesquisa propõe ser fonte de conhecimento e informação, que possa vir a despertar nos enfermeiros, a necessidade de proporcionar às mulheres outras realidades, outras vivências.

O propósito desta pesquisa é contribuir com o meio acadêmico e científico, como fonte de pesquisa e promover a discussão acerca deste assunto. A partir dos resultados obtidos e analisados, estes serão apresentados aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde para que seja proposto a elaboração de um planejamento estratégico que possa contribuir de forma efetiva na prevenção do CCU no município, levando os profissionais das Estratégia Saúde da Família (ESF) traçarem novas estratégias para ações preventivas eficientes no combate ao CCU. Desta forma, poder-se-ia aumentar a adesão das mulheres ao exame, diminuindo assim a morbidade e a mortalidade da população feminina por CCU, diagnosticando precocemente essa doença, reduzindo sua incidência.

Esta pesquisa servirá também como referencial teórico para a realização de novos trabalhos científicos e de reflexão para equipe multidisciplinar de saúde, estudantes e gestores, para que a saúde da mulher seja repensada, com a promoção de campanhas educativas, conscientizando as mesmas, evitando assim novos casos de neoplasia do colo uterino.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Verificar o conhecimento, atitude e prática das mulheres sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino, bem como suas variáveis sociodemográficas e de histórico sexual e reprodutivo associadas, em mulheres de um município do Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o histórico sexual e reprodutivo das mulheres avaliadas;
- Descrever as características do conhecimento, da atitude e da prática das mulheres sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino;
- Identificar as dificuldades para a realização do exame de Papanicolaou e as barreiras para receber o resultado pelas mulheres avaliadas;
- Analisar a associação das variáveis sociodemográficas com o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino;
- Identificar a associação entre o histórico sexual e reprodutivo e o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Atenção à Saúde da mulher no Brasil

As mulheres representam cerca de 50,77% da população brasileira e são consideradas as principais usuárias do Sistema único de Saúde (SUS). Elas buscam os serviços de saúde para cuidarem de si mesma, acompanhar crianças, familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos. Outra característica marcante nas mulheres, é que elas são também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (BRASIL, 2011).

De acordo com Mori (2006), a saúde da mulher passou a fazer parte das políticas de saúde nas primeiras décadas do século XX. Nas décadas de 1930, 1940 e 1950, as mulheres eram consideradas apenas como mães e domésticas. Dessa forma os programas fornecidos pelo Ministério da Saúde para elas, possuíam perfil materno-infantil.

Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cuja finalidade era contribuir para a redução da morbidade e mortalidade do grupo materno-infantil. Entre suas diretrizes básicas teve destaque o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil (BRASIL, 2011).

Na década de 80, no auge do movimento feminista brasileiro, ações destinadas à saúde da mulher são fortemente criticadas, uma vez que a mulher tinha acesso apenas a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Nessa conjuntura, o Ministério da Saúde (MS) cria em 1984 o Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PAISM), embasado nos princípios do direito à saúde, na integralidade da assistência, na equidade do gênero e com ações educativas inovadoras (LEMOS, 2011).

De acordo com Brasil (2011), o PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e equidade da atenção.

O PAISM previa que os serviços básicos de saúde oferecessem às mulheres atividades de prevenção do CCU. A principal contribuição desse programa ao

controle do CCU foi introduzir e estimular a coleta de material para exame citopatológico como procedimento de rotina da consulta ginecológica (INCA, 2011).

Em 1986 foi criado o Programa de Oncologia do Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde (PRO-ONCO), primeiramente com o intuito de servir como estrutura técnico-administrativa da hoje extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer, sendo posteriormente transferido com a Lei Orgânica da Saúde, em 1991, para o Instituto Nacional de Câncer (INCA) visando coordenar programas de controle de câncer com o objetivo de educar e informar a população sobre o assunto (INCA, 2015).

Devido à necessidade de um programa de âmbito nacional, em 1995 uma equipe de técnicos do Ministério da Saúde (MS), em parceria com organismos nacionais e internacionais, elaborou um estudo piloto que, posteriormente subsidiou o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Entre janeiro de 1997 e junho de 1988, foi implantado o projeto-piloto, denominado Viva Mulher, em seis localidades (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e estado de Sergipe), priorizando a realização de exames preventivos em mulheres de 35 a 49 anos que estavam sem fazê-lo ou nunca tinham feito (INCA, 2015).

O programa contemplava a formação de uma rede nacional integrada para ampliar o acesso da mulher aos serviços de saúde. Além disso, a capacitação de recursos humanos, a normalização de procedimentos e controle de qualidade buscou assegurar uma eficiência da rede formada para o controle do CCU. Apesar desse programa, a permanência das taxas de incidência e mortalidade relativamente altas por essa doença revelou que tais medidas não se mostraram suficientes para o controle do CCU (BRASIL, 2013a).

O Programa Viva Mulher, tinha como diretrizes estratégicas: articular e integrar uma rede nacional e consolidar uma base geopolítica gerencial do programa; motivar a mulher brasileira a cuidar da sua saúde e articular uma rede de comunicação com a mulher; reduzir a desigualdade de acesso da mulher à rede de saúde e redimensionar a oferta real de tecnologia para o diagnóstico e tratamento do CCU, definindo mecanismos de financiamento da rede; melhorar a qualidade de atendimento à mulher e informar, capacitar e reciclar recursos humanos envolvidos na atenção ao câncer do colo uterino, de forma continuada nos diversos níveis (RIBEIRO, 2012).

Em 1998 foi instituído pelo MS, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCCU), através da Portaria GM/MS nº 3.040/98, de 21 de junho de 1998, com estruturação da rede assistencial, desenvolvimento de um sistema de informação, mecanismos de funcionamento e definição de competência dos três níveis de governo e tendo como objetivos principais a detecção precoce da doença em mulheres assintomáticas e a redução das sequelas sejam elas físicas, morais, psicológicas ou sociais. Em 1999, a coordenação desse programa foi transferida para o INCA por meio da Portaria GM/MS nº 788/99. Foi também nesse ano que se instituiu o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como ferramenta de monitoramento e gerenciamento das ações (Portaria nº 408, de 30 de agosto de 1999) (INCA, 2013).

De 1999 a 2001 ampliaram-se as ações pela oferta de serviços para combate e controle do CCU, com a realização em torno de oito milhões de exames citopatológicos por ano. O fortalecimento e a qualificação da rede de Atenção Básica e ampliação dos centros de referência, em 2002, possibilitou a realização de uma segunda fase de intensificação, sendo examinadas mais de 3,8 milhões de mulheres. Em 2005, foi lançada pelo MS a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que estabeleceu através da Portaria GM nº 2.439/2006, de 31 de dezembro de 2005, o controle dos cânceres do colo uterino e de mama como componentes fundamentais nos planos estaduais e municipais (INCA, 2015).

Em 2006, o controle e prevenção do CCU voltaram a ser priorizados com o surgimento do Pacto pela Vida, sendo reafirmada a importância da detecção precoce dessa neoplasia, passando-se a incluir indicadores na pactuação de metas com estados e municípios para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional. Foi incluído nesse Pacto, como um dos indicadores, a razão entre os exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária. Assim, a razão mínima esperada para os municípios é de 0,3 exame/mulheres/ano (DIAS; TOMAZELLI; ASSIS, 2010; SOARES; SILVA, 2010).

O Decreto 7508/11, ao regulamentar aspecto da Lei 8.080/90, instituiu o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) como o acordo de colaboração entre os entes federativos (União, Estados e Municípios na organização e integração das ações e serviços de saúde em rede de atenção regionalizada e hierarquizada, nas regiões de saúde.

Em março de 2011 foi novamente ressaltada a priorização do controle do câncer do colo do útero através do Plano Nacional de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, lançado pela presidente da República Dilma Roussef, que prevê investimentos para intensificar as ações de controle ao câncer do colo uterino (INCA, 2015).

De acordo com o Inca (2015), em 2013 foi instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças e o Sistema de Informação de Câncer, integrando o SISCOLO e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA).

Em 2014 foi criado o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero e incentivos financeiros de custeio e de investimento para implantação (INCA, 2015).

O MS iniciou em 2014 a vacinação contra o HPV para meninas de 11 a 13 anos e, no ano de 2015, na faixa etária de 9 a 11 anos, trazendo importante contribuição nas ações de prevenção do CCU (BRASIL, 2013b).

Percebe-se então que esforços políticos relacionados à prevenção e controle do CCU vêm acontecendo desde a década de 80, com a implantação de programas que visam diminuir a morbimortalidade por essa patologia. Mesmo assim, as elevadas taxas de incidência desse tipo de câncer no país evidenciam uma possível lacuna existente entre as propostas políticas apresentadas e a realidade das ações de prevenção e controle do CCU no cotidiano dos serviços de saúde (RIBEIRO, 2012).

3.2 Perfil epidemiológico do câncer do colo do útero

O CCU é um problema de saúde pública. Segundo as últimas estimativas mundiais, é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, excetuando-se os casos de pele não melanoma e é a terceira localização primária de incidência e mortalidade em mulheres no Brasil, excluído pele não melanoma (INCA, 2015).

O CCU em geral, começa a partir dos 30 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir as faixas etárias acima dos 50 anos. De acordo com a última estimativa mundial, essa neoplasia foi responsável por 265 mil óbitos em mulheres em 2012, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento. Em 2013 ocorreram 5.430 mortes por CCU em mulheres. A sobrevivida obteve

melhora ao longo dos anos, variando de menos de 50% para mais de 70% em todo o mundo, de uma forma geral (INCA, 2015).

A incidência do CCU é duas vezes maior em países em desenvolvimento, se comparada a dos países desenvolvidos. Em relação à sobrevivência, existe também essa diferença, pois nos países mais pobres, o diagnóstico é realizado na maioria das vezes em estágios avançados (BORSATTO; VIDAL; ROCHA, 2011).

A taxa de incidência do CCU vem diminuindo, ao longo das últimas três décadas, na maioria dos países em desenvolvimento. Isso reflete, principalmente, as implementações de programas de prevenção (INCA, 2015).

Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, CCU é responsável por 265 mil óbitos por ano no mundo. No Brasil, em 2016, são esperados 16.340 casos novos, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o CCU é o primeiro mais incidente na Região Norte (23,97/100mil). Nas Regiões Centro-Oeste (20,72/100 mil) e Nordeste (19,49/100 mil), ocupa a segunda posição; na Região Sudeste (11,30/100 mil), a terceira; e, na Região Sul (15,17/100 mil), a quarta posição (INCA, 2015).

A estimativa de casos novos de CCU para 2016 na região Nordeste é de 5.630 casos, no Ceará 960 casos e em Fortaleza 300 casos novos (INCA, 2015).

O tipo histológico mais comum é o carcinoma de células escamosas, representando cerca de 85% a 90% dos casos, seguido pelo tipo adenocarcinoma. Para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau (lesões precursoras do câncer do colo uterino) e do câncer do colo uterino, o principal fator de risco é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) (INCA, 2014).

A persistência da infecção pelo HPV em altas cargas virais tem representado, atualmente, o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. É essencial demarcar a descoberta, em 1983, do HPV 16 que juntamente com o HPV 18, são epidemiologicamente importantes por estarem presentes em 70% das biópsias feitas em pacientes com essa doença (BOYLE, 2002; DERCHAIN; LONGATTO FILHO; SYRJANEN, 2005; GONÇALVES *et al.*, 2011 a; MENDONÇA *et al.*, 2010; PARKIN *et al.*, 2005; ROSA *et al.*, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 25 a 30% das mulheres com menos de 25 anos estejam infectadas pelo HPV de alto risco, ressaltando que em determinadas comunidades a prevalência reduz abruptamente com o aumento

da idade. Em geral, a prevalência do HPV na população é muito superior ao número de casos de câncer do colo uterino (GONÇALVES *et al.*, 2011a).

3.3 Ações de prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino

A maioria dos cânceres para se desenvolverem requer múltiplas etapas, ocorridas ao longo de muitos anos. Dessa forma, alguns tipos de câncer podem ser evitados pela eliminação da exposição aos fatores determinantes. Quando o potencial de malignidade é detectado antes das células se tornarem malignas, ou numa fase inicial da doença, tem-se uma condição mais favorável para seu tratamento e, conseqüentemente, para sua cura (INCA, 2014).

Segundo o INCA (2014), a prevenção e o controle precisam adquirir o mesmo foco e a mesma atenção que a área dos serviços assistenciais, já que o crescente aumento do número de casos novos fará com que não haja recursos suficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Com isso, teremos mortes prematuras e desnecessárias.

O CCU obedece dois níveis de prevenção e de detecção precoce: a prevenção primária, que é realizada através do uso de preservativos durante a relação sexual, evitando a transmissão do HPV, o qual tem papel importante no desenvolvimento desta neoplasia e das lesões precursoras; e a prevenção secundária que é o rastreamento realizado por meio do exame Papanicolaou. (MISTURA *et al.*, 2011).

A prevenção primária do CCU está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV. A transmissão da infecção pelo HPV ocorre por via sexual, presumidamente através de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. O uso de preservativos protege parcialmente do contágio pelo HPV, pois este pode ocorrer também através do contato com a pele da vulva, região perianal e bolsa escrotal (BRASIL, 2013 a).

Existem mais de 100 tipos de HPV, sendo que 40 tipos podem infectar o trato urinário inferior e 12 a 18 tipos são analisados como oncogênicos para o câncer de colo uterino (BRASIL, 2013 a).

A contaminação pelo HPV se apresenta de forma assintomática no seu estágio inicial. Portanto, será visível apenas na realização do exame citopatológico onde se aplica o ácido acético e o lugol ou por colposcopia. As lesões apresentam

diferentes características podendo ser únicas ou múltiplas, limitadas ou longas, restritas ou difusas, de tamanho variável, lisas ou exofílicas, também denominado por condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo. As localizações de maior incidência das lesões encontram-se na vulva, períneo, vagina e colo uterino. Podendo ser dolorosa, friáveis e pruriginosas dependendo da sua localização anatômica e do seu tamanho (LETO, 2011).

Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (subtipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer (INCA, 2014).

Aproximadamente cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas serão contaminadas pelo HPV ao longo de suas vidas e se houver persistência de um subtipo viral oncogênico, lesões precursoras do câncer podem ocorrer. Cerca de 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelos subtipos 16, 18 ou ambos. Portanto infecção pelo HPV é um fator necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento do CCU, nesse sentido, a prevenção do HPV pode minimizar a incidência (BRASIL, 2015).

Atualmente há duas vacinas aprovadas e comercialmente disponíveis no Brasil: a bivalente, que protege contra os tipos oncogênicos 16 e 18, e a quadrivalente, que protege contra os tipos não oncogênicos 6 e 11 e os tipos oncogênicos 16 e 18. As duas são eficazes contra as lesões precursoras do CCU, principalmente se utilizadas antes do contato com o vírus, portanto os benefícios são significativos antes do início da vida sexual (BRASIL, 2013a).

A melhor forma de controlar o vírus do HPV é a prevenção. A vacina contra o HPV, mesmo sendo eficaz, não substituirá outros métodos de Prevenção do Câncer do Colo Uterino. As opções prioritárias são a realização do exame Papanicolaou e o uso de preservativos (ALMEIDA; CAVEIÃO, 2014).

De acordo com a OMS, as estratégias de detecção precoce (prevenção secundária) são o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas da doença) e o rastreamento (aplicação de um teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-la para investigação e tratamento (BRASIL, 2013a).

O CCU é uma doença com alto índice de prevenção e tem como método efetivo para o seu rastreamento o exame Papanicolaou, que permite reduzir em até 70% a mortalidade na população de risco, pois esta neoplasia tem um desenvolvimento lento, e as alterações celulares que podem desencadeá-la são facilmente descobertas no exame preventivo (PINHEIRO *et al.*, 2013).

No Brasil, a estratégia recomendada pelo MS para a prevenção e diagnóstico precoce do CCU é o exame citopatológico (Papanicolaou) em mulheres de 25 a 64 anos. Para a efetividade do programa de controle do câncer do colo do útero, é necessário garantir a organização, a integralidade e a qualidade dos serviços e ações da linha de cuidado, bem como o tratamento e o seguimento das pacientes (INCA, 2014).

O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. Os exames devem seguir até os 64 anos de idade. Para qualificar o cuidado e evitar o rastreamento em mulheres fora do preconizado e da periodicidade recomendada, evitando intervenções desnecessárias é importante conhecer as indicações de acordo com a faixa etária e condições clínicas (BRASIL, 2016).

No Brasil, a rotina recomendada para o rastreamento é a repetição do exame Papanicolaou a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. A repetição em um ano após o primeiro teste objetiva reduzir a possibilidade de um falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (INCA, 2011).

A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Essas diretrizes justificam-se pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

O rastreamento em mulheres portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas constitui uma situação especial, pois, em função da defesa imunológica reduzida e, conseqüentemente, da maior vulnerabilidade para as lesões precursoras do câncer do colo do útero, o exame deve ser realizado anualmente. As mulheres submetidas a histerectomia total, não devem ser incluídas no rastreamento por outras razões que não o câncer do colo uterino (INCA, 2013).

Os serviços de saúde devem orientar as mulheres sobre o que é o exame, qual a importância do mesmo, uma vez que a sua realização permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco. A detecção precoce do câncer uterino em mulheres assintomáticas permite a detecção das lesões precursoras da doença em estágios iniciais, antes do aparecimento dos sintomas (CASARIN; PICCOLI, 2011).

A Atenção Básica, em especial a ESF, tem importante papel na ampliação do rastreamento e monitoramento da população adscrita, realizando busca ativa dessas mulheres, influenciando assim na redução da morbimortalidade por essa doença (BRASIL, 2016).

Mesmo que o programa de controle do câncer do colo uterino envolva todos os níveis de atenção no seu cuidado, vale ressaltar a relevância que as ações preventivas e de detecção precoce concentradas na atenção básica possuem. É na atenção primária que se pode evitar o aparecimento da doença, por meio da intervenção em seus fatores de risco, como o estímulo ao sexo seguro, correção das deficiências nutricionais e diminuição da exposição ao tabaco. É necessário que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, continue atuando junto a orientações de adesão e seguimento ao exame preventivo, bem como à divulgação das formas de prevenção desse câncer, uma vez que ações comportamentais podem minimizar os riscos a que as pacientes estão expostas (GUIMARÃES *et al.*, 2013).

3.4 Conhecimento, atitude e prática

Os inquéritos sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) identifica que os indivíduos são diferentes em relação aos conhecimentos sobre saúde, apresentam atitudes distintas e diferem também na prática que adotam para si e seus familiares (PEREIRA, 2000). Consiste, portanto, em um conjunto de questões que visam medir o conhecimento da população, o que ele pensa e como ela atua frente a um tema, identificando possíveis caminhos para futuras intervenções mais eficazes (BRASIL, 2002).

Segundo Marinho *et al.*, (2003), o consenso sobre os conceitos de conhecimento, atitude e prática findou nos seguintes parâmetros:

- *Conhecimento* – recordar fatos específicos ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.
- *Atitude* – é, essencialmente, ter opiniões. É, também, ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidas a um objetivo, pessoa ou situação.
- *Prática* – é a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

Na literatura são encontrados vários estudos realizados com esse inquérito CAP. Dentre os artigos, um estudo realizado por Vasconcelos *et al.*, (2011) com 250 mulheres e com o objetivo de avaliar o conhecimento, a atitude e a prática do exame citopatológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde (UBS) e verificar sua associação com variáveis sociodemográficas mostra que 40,4% das entrevistadas são classificadas com conhecimento adequado. Quanto à atitude, apenas 10% citam a prevenção do CCU como razão para a realização do seu exame; e à prática, 72,8% das mulheres entrevistadas indicam que realizam o exame com intervalo não superior a três anos.

Outro estudo, realizado por Malta (2014) com 240 mulheres, o conhecimento sobre o exame Papanicolaou foi classificado como inadequado em 72,9%, a atitude inadequada em 73,3% e a prática inadequada em 39,2%.

É preciso buscar o envolvimento dos profissionais, como também a coparticipação das clientes enquanto protagonistas da própria saúde, para construção de um cuidado dentro de um contexto de humanização, buscando-se a promoção da saúde e prevenção de doenças.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo exploratório, transversal, com abordagem quantitativa. O estudo exploratório se traduz por investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos (MARCONI; LAKATOS, 2010a).

O objetivo das pesquisas exploratórias é de proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-os mais explícitos. O planejamento desta pesquisa tende a ser bastante flexível, considerando os aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado (GIL, 2014). No estudo transversal, a pesquisa é realizada em um curto período de tempo, em um determinado momento (MARCONI; LAKATOS, 2010 b). Na pesquisa com abordagem quantitativa, o investigador identifica variáveis de interesse, desenvolve definições operacionais dessas variáveis e, depois, coleta dados relevantes dos participantes. São usados instrumentos formais para coletar as informações (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (PRODANOV, 2013).

4.2 Locus da pesquisa

O cenário da pesquisa foi o município de Icó-Ceará, localizado na região nordeste do Brasil, no sul do estado do Ceará, com uma área de unidade territorial de 1.871.996 Km². Essa cidade possui uma população com cerca de 64.456 mil habitantes, com distribuição heterogênea entre as zonas rural e urbana, sendo a maior aglomeração na zona urbana (IBGE, 2013).

Atualmente, o município conta com uma rede de serviços composta por 19 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) distribuídas em 16 unidades (ver Tabela 1). Dispõe ainda de uma Equipe de Agente Comunitário de Saúde (EACS) com 06 agentes, duas equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) Tipo

I composta cada uma por cinco profissionais, com a seguinte formação: equipe I – nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional e psicólogo; equipe II – nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, educador físico e psicólogo. Tem também um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I, um CAPS II, um CAPS Álcool e Drogas, um CAPS Infantil, uma Residência Terapêutica e uma unidade hospitalar com 48 leitos distribuídos nas especialidades clínicas médica, obstétrica, pediátrica e cirúrgica.

O serviço de saúde pública do Icó possui ainda uma Policlínica Regional de atenção secundária que dispõem dos seguintes serviços: consultas médicas com cardiologista, urologista, pediatra, fonoaudióloga, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, oftalmologista, mastologista, ginecologista e gastrologista e realiza exames laboratoriais, ecocardiograma, eletrocardiograma, ultra-sonografias, raio x, mamografia, mapeamento, endoscopia, colonoscopia e endoscopia. Também possui um Centro de Especialidades Médicas (CEMED), este de cunho municipal. E, por fim, tem em sua rede a sede da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) abrangendo os municípios: Lavras da Mangabeira, Cedro, Umari, Orós, Baixo, Ipaumirim e Icó.

A pesquisa foi desenvolvida nas 19 ESFs e na EACS.

4.3 População e amostra

Para estabelecer a população da pesquisa inicialmente buscou-se definir a faixa etária mediante o consolidado das famílias cadastradas colhido através da ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde para a realização do exame Papanicolaou é de 25 a 64 anos e em mulheres que já tiveram atividade sexual (BRASIL, 2013). Contudo, como não existe a estratificação de faixa etária preconizada para a realização do exame e é necessário o relatório do SIAB para quantificar a população, foi considerada a faixa etária das mulheres de 20 a 59 anos de idade.

Mediante essa definição foi realizado um cálculo amostral proporcional baseado na amostra estimada de mulheres de 20 a 59 anos de idade registradas no SIAB pertencentes a cada ESF e a EACS.

Tendo em vista a população de mulheres nessa faixa de idade (n= 28.118) estimou-se necessário avaliar um total de 379 proporcionalmente distribuídas em cada unidade de saúde a fim de obter uma amostra representativa. Esta amostra foi dividida proporcionalmente entre as equipes da ESF do município de Icó, conforme mostra a Tabela 1.

$$\text{Tamanho da amostra } n = \frac{EDFF * Np(1-p)}{[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]}$$

Figura 1: Fórmula do Cálculo Amostral. Efeito de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF): 1; Limites de confiança como % de 100(absolute +/-%)(d): 5%; Frequência % hipotética do fator do resultado na população (p): 50%; Tamanho da população (N): 28.118

TABELA 1 - Equipes da Estratégia Saúde da Família e EACS, segundo o número de mulheres de 20 a 59 anos e a proporção dessas a serem entrevistadas. Icó-Ce, 2016.

ESF	População	Proporção do total	Amostra
CENTRO	2627	9.3	36
CIDADE NOVA I	1580	5.6	21
CIDADE NOVA II	834	3.0	11
SÃO GERALDO	2467	8.8	34
SÃO VICENTE DE PAULO	1276	4.5	17
ALTO MANOEL MARIANO I	2006	7.1	27
ALTO MANOEL MARIANO II	618	2.2	8
GAMA	1739	6.2	23
TRÊS BODEGAS	1029	3.7	14
CASCUDO	1698	6.0	23
CRUZEIRINHO	1294	4.6	17
LIMA CAMPOS I	1941	6.9	26
LIMA CAMPOS II	203	0.7	3
JENIPAPEIRO	1514	5.4	20
ICOZINHO	1953	6.9	26
PEDRINHAS	2456	8.7	33
UMARI DOS LOURENÇOS	746	2.7	10
LAGOA DOS MILHOMENS	1227	4.4	17
CATAVENTO	343	1.2	5
EACS	567	2.0	8
Total	28118	100.0	379

Fonte: SIAB

A partir da definição da amostra por equipe da ESF, as participantes foram selecionadas por conveniência, enquanto aguardavam qualquer tipo de atendimento, nas salas de espera das ESFs.

Para a eleição das mulheres que participaram desta pesquisa, foram considerados os seguintes critérios:

Critérios de Inclusão:

- Ser residente do Município de Icó-Ceará;
- Ter idade compreendida na faixa etária de 20 a 59 anos;
- Ter iniciado atividade sexual;
- Aceitar participar da pesquisa;
- Encontrar-se na unidade de saúde da ESF no período de coleta de dados.

Critérios de Exclusão:

- Não se encontrar presente na unidade de saúde da ESF durante o período de coleta de dados.
- Ter alguma limitação cognitiva, visual ou auditiva que a impeça de responder o inquérito.

4.4 Instrumento e procedimentos de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi o inquérito CAP (APÊNDICE A) dividido em três partes: 1- Caracterização sociodemográfica e história sexual e reprodutiva das mulheres; 2- Avaliação do conhecimento, atitude e prática relacionados a exame Papanicolau; 3- Identificação das dificuldades para realizar o exame Papanicolaou na ESF utilizado no estudo de Malta (2014), tendo sido acrescentado na parte 3, a dificuldade para mostrar o resultado.

Em relação às características sociodemográficas foram realizadas sete perguntas referentes à idade, estado civil (solteira, casada, união estável, viúva e separada), escolaridade (analfabeta, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo), religião (católica, evangélica, adventista, espírita, outra), ocupação, trabalha fora de casa (sim ou não), renda familiar (menos de um salário mínimo, de 1 a 2 salários, acima de 2 salários).

Para as características da história sexual e reprodutiva foram realizadas 14 perguntas sobre se possui vida sexual ativa, tem mais de ano que iniciou vida sexual, parceiro fixo, laqueada, uso de camisinha nas relações sexuais, método

contraceptivo (anticoncepcional oral, injetável, DIU, tabela, outros), filhos (1 a 3 filhos, de 4 a 6 filhos, 7 ou mais), idade quando teve primeiro filho (menos de 15 anos, entre 15 e 19 anos, entre 20 e 24 anos, 25 anos ou mais), aborto, doença sexualmente transmissível, problema no útero/colo uterino, histerectomia, grávida e caso de câncer uterino na família.

Quanto ao conhecimento sobre o exame de Papanicolaou foi indagada por meio de cinco perguntas, se já ouviu falar sobre o exame, onde ouviu (TV, revista, amigas, profissionais de saúde, família, rádio, internet, folder, escola, outros), para que serve o exame (não sabe, para prevenir o câncer, para prevenir o câncer de colo de útero, para detectar DST/HIV, outra finalidade), cuidados necessários para realizar o exame (não ter relação sexual previamente ao exame, não estar menstruada,, aparar os pelos pubianos/higiene/asseio, não usar duchas e cremes vaginais 48 horas antes, não sabe, não lembra) e periodicidade com que o exame deve ser realizado (de 6/6 meses, anualmente, outro).

Sobre a atitude utilizou-se duas perguntas: necessidade de realizar o exame periodicamente (necessário, pouco necessário, desnecessário, não tem opinião sobre a necessidade do exame) e quando deve procurar o serviço de saúde para realização do exame (cada vez que estiver com alguma queixa ginecológica, periodicamente, ainda que esteja sadia, pois o exame é para prevenir o câncer de colo de útero, periodicamente, como exame de rotina, outro motivo, não sabe).

A prática foi avaliada através de oito perguntas: se já realizou o exame alguma vez; se nunca realizou, por quê; se já realizou, quando foi a última vez que realizou; se realizou o exame há mais de três anos por quê; se retornou para receber o resultado, se não retornou por quê; se mostrou o resultado para algum profissional de saúde e se não mostrou o resultado, por quê.

As dificuldades para realizar o exame Papanicolaou na ESF e receber o resultado foram identificadas por meio de oito perguntas: onde foi realizado seu último exame de prevenção; se não realizou seu último exame na unidade da ESF, foi por quê; se foi na ESF teve alguma dificuldade pra conseguir realizar; qual a dificuldade encontrada; se alguma vez procurou a ESF para realização do exame de prevenção e não conseguiu; se sim, qual a dificuldade encontrada; se enfrentou alguma barreira para receber o resultado do exame de prevenção e se sim qual a barreira encontrada.

O inquérito CAP possibilita medir o que a população sabe, pensa e atua frente a um determinado problema, pertencendo a uma categoria de estudo avaliativa chamado de avaliação formativa, pois além de se obter dados de uma determinada população, serve para identificar possíveis caminhos para um desenho de intervenção (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002).

No estudo de Malta (2014), o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de Papanicolaou foram avaliadas da seguinte forma:

a) Conhecimento:

-Adequado: quando a mulher se referiu a já ter ouvido falar sobre o exame, sabia que era para detectar câncer de forma geral, ou especificamente de colo uterino e sabia citar, pelo menos, dois cuidados necessários que deveria ter antes de realizar o exame;

-Inadequado: quando a mulher indicou nunca ter ouvido falar do exame ou já ter ouvido, mas não sabia que era para detectar câncer; ou quando não sabia citar, pelo menos, dois cuidados necessários que deveria ter antes de realizar o exame.

b) Atitude:

- Adequada: quando a mulher considerou necessário realizar o exame periodicamente, e ainda referiu-se ao fato de que este deveria ser realizado mesmo que a mulher estivesse sadia, pois o exame é para prevenir o câncer de colo de útero. A mulher considerar necessário realizar o exame Papanicolaou periodicamente e indicar que a mulher deveria procurar o exame periodicamente por ser este um exame de rotina somente foi considerado uma atitude adequada, quando, concomitantemente, ela tinha conhecimento adequado sobre o exame.

- Inadequada: quando a mulher considerou pouco necessário, desnecessário ou não tinha opinião sobre a necessidade do exame, e/ou apresentou outras motivações para a mulher procurar o serviço para a realização do exame que não a prevenção do câncer de colo de útero.

C) Prática:

- Adequada: quando a mulher havia realizado seu último exame preventivo, no máximo, há três anos; retornou para receber o último resultado do exame realizado e/ou mostrou o resultado do exame para um profissional de saúde.

- Inadequada: quando havia realizado último exame preventivo há mais de três anos, ou nunca realizou o exame, mesmo já tendo iniciado atividade sexual há mais de um

ano, ou não tinha retornado para receber o último resultado e/ou não mostrou o resultado do exame para um profissional de saúde.

Esses mesmos critérios utilizados por Malta (2014) foram adotados nesta pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no período de março de 2016 a maio de 2016 nas 19 ESF do município de Icó-Ce e na EACS. Cada unidade de saúde foi visitada mais de uma vez, até que se completasse a quantidade total de participantes. Nas primeiras visitas às unidades, a pesquisadora se apresentou para o(a) coordenador(a); explicou os objetivos da pesquisa; apresentou a anuência da SMS juntamente com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e pactuou os melhores turnos e horários para a realização da pesquisa. As mulheres encontradas na sala de espera das unidades de saúde foram convidadas a participar do estudo, sendo abordadas de forma individual e reservadas para receberem informações da pesquisa e participarem da mesma, sendo preservada a identidade das mesmas. Cada formulário foi identificado com uma numeração e a mesma foi utilizada para identificação das pesquisadas no banco de dados.

4.5 Organização e análise dos dados

Os dados coletados foram inseridos em planilha eletrônica para procedimentos de análise descritiva, sendo utilizado o programa Excel 2010 e o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. A estatística descritiva foi utilizada para apresentação dos dados do estudo, baseando-se em frequência absoluta e relativa. A comparação da avaliação do conhecimento, da atitude e da prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino entre os grupos sócio-demográficos e do histórico sexual e reprodutivo foi efetuada por meio do teste de Qui-quadrado. O nível de significância foi de 5% ($p < 0,05$).

4.6 Aspectos éticos

Neste estudo, foi assegurado o cumprimento das normas para a pesquisa com seres humanos presentes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, a qual zela pelas quatro referências básicas da bioética: autonomia, não maleficência, benevolência e justiça, assegurando os direitos e os deveres

referentes à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa e do estado (BRASIL, 2012).

Previamente foi solicitada ao Secretário Municipal de Saúde a declaração de anuência (**APÊNDICE D**) para a realização desse estudo. Após a devida autorização, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sendo aprovado sob o parecer de número 1.437.679, em 4 de março de 2016 (**ANEXO A**).

Após o deferimento do CEP, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (**APÊNDICE B**) foi apresentado às mulheres que concordaram em participar da pesquisa, sendo solicitada a assinatura do mesmo, como também do Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (**APÊNDICE C**) e garantido o anonimato da respondente por ocasião da divulgação do relatório da pesquisa e a liberdade de participar ou de se retirar da pesquisa a qualquer tempo.

O procedimento utilizado para coleta dos dados foi a entrevista, através da aplicação do Inquérito CAP. Espera-se como benefício desse estudo haver um planejamento e implementação de ações para a prevenção do câncer do colo uterino no município de Icó-Ce e assim aumentar o número de mulheres na realização do exame de Papanicolaou.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Descrição da amostra

Os inquéritos CAP foram aplicados em 379 mulheres, na faixa etária de 20 a 59 anos, que aguardavam atendimento nas unidades de saúde.

A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas das mulheres avaliadas. Quanto ao estado civil a distribuição amostral apresentou casadas (54,4%) e solteiras (23,5%). As mulheres tinham idades de 20 a 59 anos, com maior proporção de mulheres de 20 a 29 anos (34,0%) ou 30 a 39 anos de idade (27,4%). Quanto à escolaridade, 40,9% e 31,4% das mulheres tinham ensino fundamental incompleto ou ensino médio completo, respectivamente. Oito em cada dez mulheres eram católicas. As atividades ocupacionais mais reportadas foram ser do lar (40,9%) ou agricultora (29,3%); 53,6% das mulheres reportaram não trabalhar fora de casa. Por fim, destaca-se que 64,9% das mulheres tinham renda familiar mensal inferior a um salário mínimo.

TABELA 2 – Caracterização sociodemográficas das mulheres avaliadas (n=379) nas Unidades de Saúde do município de Icó, Ceará (2016).

	N	%
Estado Civil		
Solteira	89	23,5
Casada	206	54,4
União Estável	49	12,9
Viúva	12	3,2
Separada	23	6,1
Idade		
20 a 29 anos	129	34,0
30 a 39 anos	104	27,4
40 a 49 anos	92	24,3
50 a 59 anos	54	14,2
Escolaridade		
Analfabeta	14	3,7
Ensino Fundamental Incompleto	155	40,9
Ensino fundamental completo	24	6,3
Ensino médio incompleto	33	8,7
Ensino médio completo	119	31,4
Ensino superior incompleto	18	4,7
Ensino superior completo	16	4,2
Religião		
Católica	309	81,5

Evangélica	67	17,7
Adventista	3	0,8
Ocupação		
Agente Comunitária de Saúde	14	3,7
Agricultora	111	29,3
Assistente funerária	1	0,3
Atendente	3	0,8
Atendente de Médico	2	0,5
Atendente de Farmácia	1	0,3
Atendente de Saúde Bucal	2	0,5
Autônoma	3	0,8
Auxiliar Administrativo	1	0,3
Auxiliar de Escritório	1	0,3
Auxiliar de Serviços Gerais	9	2,4
Cabeleireira	2	0,5
Caixa	1	0,3
Comerciante	4	1,1
Conselheira	1	0,3
Costureira	1	0,3
Cozinheira	1	0,3
Digitadora	2	0,5
Do lar	155	40,9
Doméstica	20	5,3
Enfermeira	1	0,3
Estudante	9	2,4
Merendeira	3	0,8
Merendeira Escolar	1	0,3
Monitora	1	0,3
Operadora de caixa	1	0,3
Pensionista	2	0,5
Pescadora	1	0,3
Professora	15	4,0
Técnica de enfermagem	3	0,8
Vendedora	7	1,8
Trabalho fora de casa		
Sim	176	46,4
Não	203	53,6
Renda familiar atual		
Menos de 1 salário mínimo	246	64,9
Entre 1 e 2 salários mínimos	130	34,3
Acima de 2 salários mínimos	3	0,8

Fonte: própria autora.

Percebeu-se uma maioria de mulheres casadas na amostra do presente estudo. O MS aponta o comportamento sexual como um fator de risco associado ao CCU (BRASIL, 2013). Neste estudo podemos deduzir que essas mulheres apresentavam um comportamento de proteção, pois possuíam parceiro fixo. Essa

realidade foi vista também no estudo de Malta (2014), onde a maioria das mulheres era casada ou tinha união estável.

Já no estudo realizado por Moraes (2014) sobre a avaliação da atenção básica no âmbito da política de prevenção do câncer de colo uterino no estado de Sergipe, é relatado que a união estável possui associação com o uso esporádico ou não uso de preservativos, constituindo-se um fator de risco para o CCU.

No fator idade, foi constatado nesta pesquisa, que são as mulheres mais jovens, que procuram mais as unidades de saúde. A referida constatação foi corroborada também no estudo de Vasconcelos *et al.*, (2011), em que as mulheres possuíam 35 anos ou menos. O referido contexto sinaliza que as mulheres jovens procuram mais os serviços de saúde para resolverem problemas, principalmente ginecológicos, provavelmente devido a eventos que são mais frequentes nesse grupo etário, tais como gravidez, realização de planejamento familiar ou tratamento de leucorréias.

Quanto à escolaridade, a maioria das mulheres deste estudo possui ensino fundamental incompleto. A baixa escolaridade para alguns autores é fator de risco para o desenvolvimento do CCU. Acredita-se que mulheres com baixa escolaridade exijam menos um atendimento de qualidade, podendo essa situação determinar um menor nível de informação e entendimento, resultando em baixa adesão às estratégias de prevenção (GOMES *et al.*, 2012; GONÇALVES *et al.*, 2011).

No tocante a religião, a predominante foi a católica, mas todas tinham uma religião, uma crença. LUCENA *et al.*, (2011) relata que vários estudos apontam que mulheres que frequentam instituições religiosas estão mais propensas a se submeterem a ações de medidas preventivas, como o exame de PCCU. Em seu estudo, observou que a participação da mulher em uma instituição religiosa cria condições favoráveis à realização do exame preventivo, contribuindo para a melhoria da cobertura de programa de rastreamento nacional.

Outro fato a ser observado é a renda familiar. Neste estudo 246 mulheres apresentaram renda familiar mensal inferior a um salário mínimo. No presente estudo, boa parte das mulheres era de famílias de agricultores que possuem pouca ou nenhuma terra e executam a atividade agrícola pelo sistema de parceria ou arrendamento, o que pode explicar estes resultados.

5.2 Histórico sexual e reprodutivo

A descrição do histórico sexual e reprodutivo das mulheres investigadas na pesquisa está apresentada na Tabela 3. A maior parte das mulheres reportou possuir vida sexual ativa (81,8%), ter iniciado a vida sexual há mais de um ano (95,8%) e estar com parceiro fixo (78,9%). Ainda, 67,3% das mulheres reportaram não ser laqueadas, enquanto que 75,2% e 64,1% delas não usavam camisinhas nas relações sexuais ou outros métodos contraceptivos, respectivamente. A maior parte das mulheres tinha um a três filhos (86,9%); 40,4% tiveram o primeiro filho entre 20 e 24 anos de idade. A maioria das mulheres reportou não ter tido abortos (81,8%), não ter DST (91,6%) ou não ter problemas no útero (75,5%). Os problemas no útero mais mencionados foram a ectopia (14,2%) e o mioma (5,0%). Por fim, 94,7%, 96,8% e 76,5% das mulheres reportaram não ter efetuado a histerectomia, não estava grávida na época do estudo e não tinham casos de câncer de colo uterino na família, respectivamente.

TABELA 3 – Caracterização do histórico sexual e reprodutivo das mulheres avaliadas (n=379) nas Unidades de Saúde do município de Icó, Ceará (2016).

Variável	N	%
Possui vida sexual ativa		
Sim	310	81,8
Não	69	18,2
Início da vida sexual há mais de um ano		
Sim	363	95,8
Não	16	4,2
Parceiro fixo		
Sim	299	78,9
Não	68	17,9
Não tem parceiro	12	3,2
É laqueada		
Sim	124	32,7
Não	255	67,3
Uso de camisinha nas relações sexuais		
Sim	61	16,1
Às vezes	33	8,7
Não	285	75,2
Uso de outro método contraceptivo		
Não	243	64,1
Contraceptivo oral	114	30,1
Contraceptivo injetável	21	5,5
Outro	1	0,3
Quantidade de filhos(as)		

Não tem	81	21,4
1 a 3	259	86,9
4 a 6	28	9,4
7 ou mais	11	3,7
Idade que teve o(a) primeiro(a) filho(a)		
Menos de 15 anos	10	3,4
15 a 19 anos	110	37,0
20 a 24 anos	120	40,4
25 anos ou mais	57	19,2
Número de abortos		
Não teve	310	81,8
1	58	84,1
2	10	14,5
4	1	1,4
DST		
Não	347	91,6
Não sabe	29	7,7
Gonorréia	1	0,3
Herpes	1	0,3
HPV	2	0,5
Problemas no útero		
Não tem	286	75,5
Não sabe	9	2,4
Cervicite	3	0,9
Cisto	4	1,1
Ectopia	54	14,2
HPV	2	0,5
Lesão	1	0,3
Mioma	19	5,0
Pólipo	1	0,3
Útero infantil	1	0,3
Histerectomia		
Sim	20	5,3
Não	359	94,7
Estava grávida?		
Sim	12	3,2
Não	367	96,8
Câncer de colo uterino na família		
Não sabe	35	9,2
Não	290	76,5
Mãe	7	1,8
Avó	9	2,4
Tia	24	6,3
Prima	13	3,4
Irmã	1	0,3
Outra	1	0,3

DST= doenças sexualmente transmissíveis.

Fonte: própria autora.

O resultado acima visto nos mostra as diversas oportunidades que os profissionais de saúde tiveram para a realização de orientações, educação em saúde com essas mulheres,

O exame de prevenção deve ser realizado a partir do início da vida sexual e nesse estudo a grande maioria já tinha iniciado a vida sexual há mais de um ano, portanto deveriam ter conhecimento da importância da realização do mesmo.

A maioria tinha parceiro fixo e não eram laqueadas, como também não usavam nenhum método contraceptivo, necessitando, portanto do acompanhamento dos profissionais das ESFs.

A partir desses dados, chamou a atenção o percentual de mulheres que não usavam a camisinha nas relações sexuais, estando expostas à contaminação pelo HPV e, conseqüentemente ao risco de serem acometidas pelo câncer do colo uterino.

Nesse estudo, pode-se associar essa não utilização do preservativo ao elevado número de mulheres com parceiro fixo, sentem-se seguras, não vulneráveis a alguma doença e optam por não usarem camisinha, fato esse que deve ser visto com atenção pelos profissionais de saúde.

A maior parte das mulheres (78,6%) tinha filhos, portanto já foram atendidas nas ESFs para realização do pré-natal e deveriam ter sido orientadas sobre a importância do exame preventivo. Devemos como profissionais de saúde aproveitar todas as oportunidades junto às mulheres para orientá-las e deixar o exame de prevenção dentro da periodicidade recomendada.

Em relação a Doença Sexualmente Transmissível (DST), a maioria das mulheres relatou não terem tido, mas algumas não sabiam nem o que era, sendo notório a necessidade de realização de práticas educativas com essas mulheres.

Quando reportadas sobre problemas no útero, a maioria relatou não ter tido, o mesmo ocorrendo em relação a casos de câncer na família. É necessário uma maior investigação sobre isso, investigar se realmente não têm problemas, se estão realizando consultas/exames.

Através desses resultados, vários trabalhos educativos podem ser realizados com essas mulheres, como por exemplo, oficinas educativas sobre planejamento familiar, abordando métodos contraceptivos, DST; e, importância do rastreamento do câncer do colo uterino, dentre outros.

5.3 Conhecimento, atitude e prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino

As variáveis que descrevem o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino entre mulheres estão apresentadas na Tabela 4. Apenas 4,2% das mulheres mencionaram não conhecer o exame de Papanicolau; 65,6% delas mencionaram ter obtido informações sobre o exame por meio do profissional de saúde. Metade das mulheres reportou que a finalidade do exame é de prevenir o câncer; outras finalidades frequentemente mencionadas foram o de prevenir o câncer de colo de útero (25,1%) e detectar DST (17,2%). Quanto ao conhecimento de cuidados prévios ao exame, os cuidados mais frequentemente mencionados pelas mulheres foram não ter relação sexual (67,5%) e não poder estar menstruadas para efetuar o exame (40,6%). Por fim, a maior parte das mulheres (54,1%) mencionou que o exame deve ter periodicidade anual, enquanto que 36,1% indicaram uma periodicidade semestral.

Quanto às variáveis relacionadas à atitude para o exame de Papanicolau, 97,4% das mulheres entendem que o exame é necessário, e que deve ser procurado periodicamente (38,0% justificam a periodicidade por ser um exame de prevenção, e 46,4% por ser um exame de rotina). Quanto à prática para o exame, observou-se que 19,0% das mulheres reportaram não ter realizado o exame, indicando, principalmente, motivos como descuido (29,4%), vergonha (25,0%) e medo (23,5%). A proporção de mulheres que reportou ter realizado o exame há um ano ou mais foi de 54,2%; o motivo mais reportado pelas mulheres para a realização do exame há mais de três anos foi o descuido (51,7%). Em relação ao retorno do exame, 93,4% e 91,6% das mulheres reportaram que retornaram para receber o resultado e que mostraram o mesmo para algum profissional, respectivamente. Observou-se que as causas pessoais são os principais motivos para o não retorno para receber o resultado (72,2% das mulheres que não retornaram reportaram esse motivo), enquanto que causas institucionais justificaram a maioria dos casos de não ter mostrado o resultado no retorno (66,7%, ver Tabela 4).

TABELA 4 – Variáveis relacionadas ao conhecimento, à atitude e à prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino entre mulheres (n=379) das Unidades de Saúde do município de Icó, Ceará (2016).

Variáveis relacionadas ao exame de prevenção do	n	%
---	---	---

câncer de colo uterino		
Conhecimento		
Conhece o exame de prevenção?		
Sim	363	95,8
Não	16	4,2
Fonte de informação sobre o exame		
TV	66	18,0
Revista	4	1,1
Amigas	26	7,2
Profissional saúde	238	65,6
Família	13	3,6
Radio	3	0,8
Internet	10	2,8
Folder	0	0,0
Escola	4	1,1
Outros	2	0,6
Conhecimento sobre a finalidade do exame		
Não sabe	20	5,3
Prevenir o câncer	191	50,4
Prevenir câncer de colo de útero	95	25,1
Detectar DST/HIV	65	17,2
Outra finalidade	8	2,1
Conhecimentos sobre os cuidados necessários e prévios ao exame*		
Não ter relação sexual	256	67,5
Não estar menstruada	154	40,6
Aparar pelos pubianos/higiene/asseio	81	21,4
Não usar duchas e cremes vaginais	26	6,9
Não sabe/não lembra	167	44,1
Conhecimento sobre a periodicidade do exame		
6/6 meses	137	36,1
Anualmente	205	54,1
Outro	5	1,3
Não sabe	32	8,4
Atitude		
Necessidade do exame de prevenção periodicamente		
Necessário	369	97,4
Pouco necessário	3	0,8
Não tem opinião	7	1,8
Quando deve procurar?		
Na ocorrência de queixa ginecológica	50	13,2
Periodicamente, por ser um exame para prevenção	144	38,0
Periodicamente, como exame de rotina	176	46,4
Outro motivo	1	0,3
Não sabe	8	2,1
Prática		
Realização do exame		
Sim	307	81,0
Não	72	19,0

Motivos para a não realização do exame		
Não solicitado por médico/Enfermeiro	4	5,9
Não se sentia doente	9	13,2
Vergonha	17	25,0
Medo	16	23,5
Descuido	20	29,4
Outros	2	2,9
Período do último exame		
Menos de 1 ano	140	45,6
Há 1 ano	76	24,7
Entre 2 e 3 anos	31	10,1
Mais de 3 anos	60	19,5
Motivos para a realização há mais de três anos		
Não se sentia doente	7	11,7
Vergonha	7	11,7
Medo	3	5,0
Descuido	31	51,7
Não gosta	7	11,7
Não tem tempo	3	5,0
Outros	2	3,3
Retorno para receber o resultado		
Sim	287	93,4
Não	18	5,8
Não lembra	2	0,6
Motivo para o não retorno		
Causas pessoais	13	72,2
Causas institucionais	5	27,7
Mostrou o resultado a algum profissional no retorno		
Sim	274	91,6
Não	21	7,0
Não lembra	4	1,3
Motivos para não mostrar o resultado		
Causas pessoais	7	33,3
Causas institucionais	14	66,7

* Essa variável apresenta representação relativa superior a 100% porque as avaliadas poderiam assinalar mais de uma resposta.

Fonte: própria autora.

No fator conhecimento sobre o exame de Papanicolaou, observou-se que quase a totalidade da amostra (95,8%) já havia ouvido falar sobre a prevenção do CCU, sendo que a fonte de informação mais citada foi o profissional de saúde, mencionados por 65,6 das participantes.

Os achados supracitados se assemelham aos de um estudo realizado em Fortaleza, junto a 510 mulheres, em que 96,9% tinham ouvido falar do procedimento

e o profissional de saúde foi citado por 36,5% da amostra como a principal fonte de informações (NICOLAU, 2015).

Resultado semelhante também em um estudo realizado na região nordeste, junto a 493 mulheres em que 94,5 tinham ouvido falar sobre o exame e o médico foi citado como a principal fonte de informações por 44,2% das participantes (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Embora a grande maioria já tivesse ouvido falar sobre o exame, apenas 25,1% souberam que o exame serve para prevenir o câncer do colo uterino, 50,4% apontaram que o exame serve para prevenir o câncer, sem especificar exatamente o local, sendo esta a finalidade mais citada, o que torna questionável a qualidade das informações obtidas. Esse resultado reflete que a educação em saúde precisa ser valorizada e realizada de forma efetiva pelos profissionais de saúde, já que todas as participantes da pesquisa eram cadastradas e acompanhadas em unidades da ESF.

As orientações prestadas nos serviços de saúde ou em outros ambientes devem ultrapassar a superficialidade e isso exige preparo dos profissionais e capacidade para realizar verdadeiramente a educação em saúde (NICOLAU *et al.*, 2012). É importante que os profissionais responsáveis pelo atendimento à mulher não focalizem somente a realização do exame em si, mas também ativem seu papel de educadores em saúde (RICO; IRIART, 2013).

É importante que os profissionais de saúde esclareçam a verdadeira finalidade da coleta colpocitopatológica como integrante das estratégias para o rastreamento do CCU, e não como um exame para resolver as queixas ginecológicas.

Ainda no quesito do conhecimento, foi solicitado às mulheres que citassem pelo menos dois cuidados que devem existir antes da realização do exame. Os cuidados mais citados foram não ter relação sexual e não estar menstruada e 44,1% não souberam citar qualquer cuidado, denotando mais uma vez a fragilidade da educação em saúde nesse município avaliado.

Para a realização do exame Papanicolaou, alguns cuidados são importantes para evitar interferências na coleta e no resultado do mesmo, dentre eles: não utilizar duchas ou cremes intravaginais 48 horas antes da coleta; não estar menstruada e realizar higienização íntima. Embora usual, a recomendação de abstinência sexual por 48 horas, só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas, pois a presença de espermatozóide não

compromete a microscopia (BRASIL, 2013). Essa mudança deve ser repassada às mulheres, para que informações antigas, não se perpetuem e influenciem na adesão ao exame preventivo, sendo, portanto essencial a atualização constante dos profissionais de saúde, para que tenham ciência das evidências de estudo recentes e incorporem em sua prática.

No estudo de Nicolau (2015), as recomendações mais relatadas, foram a abstinência sexual e a realização da higiene íntima, como também no estudo de Vasconcelos *et al.*, (2011). As recomendações a serem seguidas na preparação para a coleta devem ser enfatizadas nas práticas e estratégias educativas a fim de minimizar o número de amostras insatisfatórias para a análise citológica e a quantidade de mulheres que perdem a oportunidade de realizar o exame por não terem adotado as orientações, por simples desinformação (NICOLAU, 2015).

Em relação à periodicidade do exame, 54,1% das entrevistadas mencionaram que o exame preventivo deve ser realizado anualmente, enquanto que 36,1% indicaram uma periodicidade de 6/6 meses. Vale ressaltar que 1,3% indicaram outra faixa de periodicidade e 8,4% não sabia.

Atualmente, a recomendação adotada no país é que o rastreamento seja realizado a cada ano em mulheres de 25 a 64 anos e depois de dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano, a periodicidade pode aumentar para três anos (INCA, 2016). A recomendação trianual é justificada pela ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que realizado de três anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Nesse estudo, nenhuma mulher conhece essa recomendação e, devem, portanto estar realizando esse exame sem necessidade, ocasionando um aumento irreal dos números equivalentes aos indicadores relacionados ao exame preventivo nas instâncias federal, estadual e municipal. Se as mulheres tivessem esse entendimento, os gastos com esse exame seriam diminuídos, como também o tempo dispensado com a coleta de exames sem necessidade, muitas vezes com curto intervalo de tempo entre as coletas e aperfeiçoaria os serviços de modo que atingiria quem realmente precisasse e na periodicidade adequada.

Correa *et al.*, (2012b) no seu estudo sobre cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil feito com 3.939 mulheres de 41 municípios dessas regiões, constatou que 55,7% da amostra estudada relataram que o exame deveria ser realizado mais de uma vez ao

ano, 43,1 % acreditavam que o exame deveria ser realizado anualmente e apenas 0,2% de três em três anos, sem diferenças significativas entre as regiões.

Em relação à necessidade de realizar o exame preventivo periodicamente, quase a totalidade referiu ser necessário. Observando os motivos citados pelas mulheres para a procura do exame, o mais apontado foi como um exame de rotina, sem especificar a prevenção do CCU como o real objetivo, enfatizando mais uma vez a deficiência na educação em saúde.

Já no estudo de Vasconcelos *et al.*, (2011), sobre o conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde, realizado em um bairro de periferia, em Fortaleza, com uma amostra de 250 mulheres, a maioria referiu como motivo para a realização do exame, o fato de estar apresentando alguma queixa e somente 10% das mulheres participantes citam a prevenção do CCU como razão para a sua realização do exame.

Esses estudos mostram a fragilidade nas práticas educativas, ainda voltadas principalmente para a prevenção de doenças. Segundo Silva, Gitsos e Santos (2013) a grande demanda no atendimento pode contribuir para limitar o tempo do enfermeiro em cada consulta, enfocando apenas as queixas e, com isso, afastando-o das práticas educativas e de promoção da saúde.

Em relação à prática do exame, a maioria já tinha realizado o exame e dentre as que nunca tinham realizado (19,0%), o principal motivo relatado foi por descuido (29,4%). No estudo de Malta (2014), das 32 mulheres que nunca tinham realizado o exame, o principal motivo foi o medo (50,0%).

Em relação a periodicidade do exame, das 307 que já haviam realizado o Papanicolaou, a maioria foi examinada há três anos ou menos (82,4). A proporção de mulheres que realizou o exame na periodicidade correta, está em concordância com outros estudos brasileiros. No estudo de Ribeiro (2012), realizado com 308 mulheres a maioria das mulheres (93,3%) foram examinadas há três anos ou menos e no estudo de Nicolau (2015), das 491 mulheres que haviam realizado o exame, a maioria (77,4%) foi examinada há três anos ou menos.

Em relação às mulheres que nunca fizeram o exame ou aquelas que o fizeram há mais de três anos, estas estão encaixadas no grupo de risco por estarem mais propensas a desenvolverem o CCU devido suas possíveis lesões não estarem sendo rastreadas e cuidadas efetivamente.

O descuido foi o principal motivo relatado dentre as mulheres que haviam realizado o exame há mais de três anos, como também das que nunca tinham realizado. Nesse sentido, as equipes de saúde, devem buscar uma atuação mais reflexiva, crítica e contundente em relação a essa problemática, para transformar essa realidade das mulheres.

Resultado semelhante a este estudo foi o realizado por Aguiar e Soares (2015) em Vitória da Conquista - BA, onde o descuido foi um dos principais motivos para a não realização do exame. Foi constatado que muitas mulheres só procuram assistência à saúde quando já estão doentes, o enfoque maior é dado ao tratamento e não à prevenção de doenças.

O estudo realizado por Rafael e Moura (2010) fala que o aumento das atividades laborais com os cuidados com a família sobrecarrega a mulher, dificultando a realização de práticas de autocuidado.

Para que o cuidado integral à mulher seja executado, só a realização do exame não é suficiente, o retorno para pegar o resultado e mostrá-lo ao profissional de saúde é necessário, para que ela receba as devidas orientações e tratamento adequado. As mulheres que não completam esse ciclo podem ser adicionadas ao grupo de risco.

Nesse estudo, dentre as mulheres que fizeram o exame de prevenção alguma vez, 287 (93,4%) retornaram para receber o resultado, enquanto que 20 (6,5%) não pegou o resultado ou não lembra dessa informação. Das que retornaram 21 (7,0%) afirmaram não ter mostrado o exame a algum profissional de saúde, seja por causas institucionais (66,7%), seja por causas pessoais (33,3%).

Dentre as causas citadas, nas institucionais foi revelado que o resultado não chegou à unidade de saúde ou demorou a chegar. Nas causas pessoais, mencionaram o esquecimento ou não ter vaga para consulta.

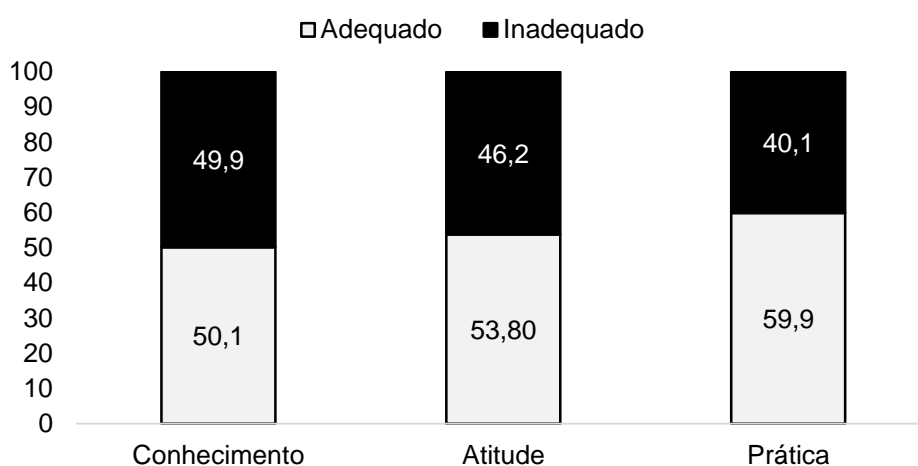
No motivo institucional é percebida a desorganização da rede dos serviços, não se sabendo exatamente onde se encontra a causa principal. De acordo com o Ministério da Saúde, para a garantia da qualidade do rastreamento é essencial o gerenciamento cuidadoso do programa (BRASIL, 2013).

Quanto aos motivos pessoais, essa realidade, pode ser mudada facilmente, através de uma organização interna de cada equipe, onde se garanta a consulta do retorno no dia da entrega do resultado e acionando os ACS para realizarem a busca ativa das mulheres ao chegarem os resultados dos exames.

Corroborando com esta pesquisa, o trabalho de Malta (2014) também revela motivos para as mulheres não mostrarem seus resultados aos profissionais, sendo que os institucionais prevaleceram aos pessoais. Dentre os motivos pessoais é apontado o esquecimento, conseguiram pegar o resultado, mas se esqueceram de mostrar ao profissional. Nos institucionais: laudos foram perdidos, extraviados, nem chegando às unidades de saúde. No estudo de Vasconcelos *et al.*, (2011), os motivos pessoais mais apontados foram: comodismo, esquecimento e por estar trabalhando e nos institucionais: resultado do exame que não estava pronto, greve do posto, não tinha médico, não conseguiu ficha.

A Figura 1 apresenta a classificação do conhecimento, da atitude e da prática sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino. Metade das mulheres avaliadas teve um conhecimento adequado sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino. Não obstante, a atitude e a prática adequadas sobre o exame foram observadas em 53,8% e 59,9% das mulheres, respectivamente.

FIGURA 01 – Classificação do conhecimento, da atitude e da prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino entre mulheres (n=379) das Unidades de Saúde do município de Icó, Ceará (2016).



Fonte: própria autora.

É fundamental conhecer a realidade das mulheres sobre o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de PCCU para se definir estratégias para a redução dos indicadores de morbimortalidade por este tipo de câncer, impactando de maneira positiva na qualidade de vida das mulheres. Muitos são os estudos

encontrados na literatura que apontam para o conhecimento, a prática ou atitude inadequada das mulheres.

Em uma pesquisa realizada por Ribeiro *et al.*, (2013) junto a 143 acadêmicas de enfermagem de uma universidade pública de Picos, Piauí, sobre o conhecimento, atitude e prática sobre o exame de Papanicolaou, apenas 40(28%) foram classificadas com um conhecimento adequado. Já em relação à atitude e à prática, o percentual foi 106(74,1%) e 75(52,4%), evidenciando que mesmo se tratando de uma população do curso da área da saúde, têm que existir mais atividades de promoção da saúde, até mesmo dentro do ambiente universitário.

No estudo de Vasconcelos *et al.*, (2011), realizado com 250 mulheres de uma unidade básica de saúde, o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame foram adequados em 40,4, 28 e 67,6% das entrevistadas, respectivamente, apresentando portanto mais da metade da amostra com conhecimento e atitude inadequada.

Assim como no estudo acima descrito, a prática tem apresentado os maiores percentuais de adequabilidade em muitos estudos como no de Fernandes *et al.*, (2009) e Brenna *et al.*, (2001), evidenciando que embora as mulheres tenham conhecimento limitado sobre o exame e busquem realizá-lo, principalmente devido a queixas, realizam-no com intervalo inferior a três anos.

No presente estudo fica evidenciado ser imprescindível a realização de atividades educativas sobre a importância do exame preventivo do CCU, assim como os procedimentos relativos ao mesmo, para fortalecer a assistência prestada e garantir melhor acessibilidade e adesão das mulheres para realização do exame e consulta de retorno para o resultado.

As equipes das ESF precisam despertar nas mulheres, a partir de discussões e orientações acerca do assunto, a iniciativa do autocuidado, assim elas mesmas procurarão voluntariamente os serviços de saúde para realizarem o exame citopatológico, exercendo a autonomia no processo do cuidar.

5.4 Dificuldades e barreiras no exame de papanicolaou

As dificuldades e as barreiras para a realização e o recebimento do resultado do exame de prevenção do câncer do colo uterino entre mulheres estão apresentadas na Tabela 5. Sete em cada dez mulheres reportaram ter realizado o

último exame na unidade de ESF. A proporção de mulheres que reportou ter tido dificuldades para conseguir o exame, não realizar o exame e no recebimento do resultado do exame na unidade da ESF foi de 8,1%, 16,2% e 19,9%, respectivamente.

TABELA 5 – Dificuldades e barreiras para a realização e o recebimento do resultado do exame de prevenção do câncer do colo uterino entre mulheres das Unidades de Saúde do município de Icó, Ceará (2016).

Variáveis*	n	%
Local de realização do último exame		
Consultório médico	76	24,8
ESF	222	72,3
Outro	9	2,9
Dificuldades para conseguir o exame na unidade da ESF		
Sim	18	8,1
Não	204	91,9
Procurou a ESF e não conseguiu realizar o exame		
Sim	61	16,2
Não	242	64,4
Nunca procurou ESF	73	19,4
Enfrentou barreira para receber resultado		
Sim	61	19,9
Não	245	80,1

*Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual. As variáveis tiveram contagem inferior ao total da amostra (n=379) devido à falta de respostas (*missings*) ou a não realização do exame.

ESF= Equipe de Saúde da Família.

Fonte: própria autora.

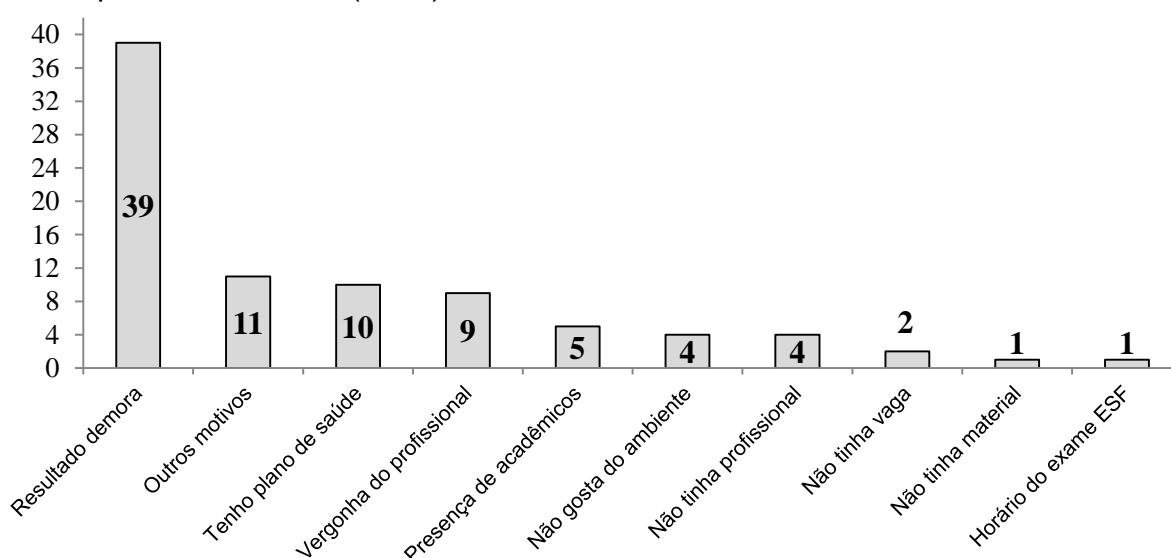
No presente estudo a maioria das mulheres (72,3%) procura o SUS para realizar seu exame de prevenção e quase a totalidade dessas (91,9%) referem não ter dificuldade para conseguir o exame. Entretanto tivemos mulheres que apontaram ter procurado a unidade e não ter conseguido realizar e algumas nem procuraram, ficando propensas a desenvolverem lesões no colo uterino e não serem rastreadas e tratadas precocemente.

Os profissionais de saúde devem buscar essas mulheres que não conseguiram realizar o exame e principalmente aquelas que nunca o realizaram. O ACS tem um importante papel nesta busca ativa, por estar dentro da comunidade, tendo mais acesso a essas mulheres, dando para realizar o monitoramento das mesmas.

Dentre os motivos para a não realização do exame na unidade da ESF, destacou-se a demora do resultado, o qual foi mencionado por 39 mulheres. Outros motivos que se destacaram foram ter plano de saúde ou ter vergonha do profissional, mencionados 10 e 9 vezes, respectivamente (Figura 2).

O gestor de o município estudado precisa ser sensibilizado para o resultado de o exame sair no máximo com 30 dias.

FIGURA 02 – Motivos para a não realização do exame de prevenção do câncer do colo uterino na unidade da Equipe de Saúde da Família (ESF) entre as mulheres do município de Icó, Ceará (2016).



Fonte: própria autora.

A demora do resultado foi mencionada pela maior parte das participantes, fato esse que pode ser facilmente resolvido, basta haver maior empenho do gestor e coordenadores da atenção básica.

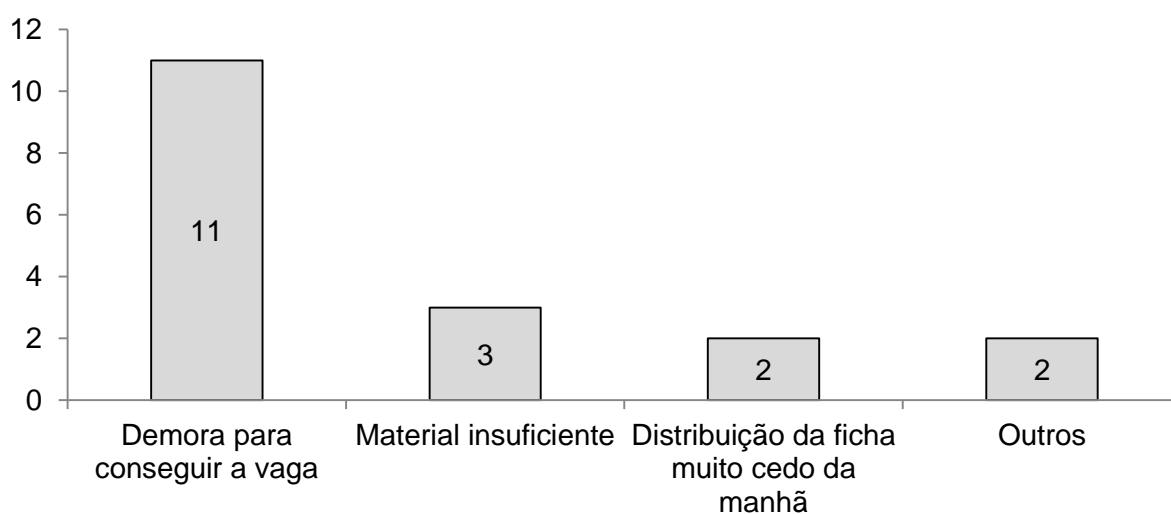
Em relação a ter vergonha do profissional que realiza o exame, apontado por 9 mulheres, pode está relacionado a desinformação em relação ao procedimento e a importância do exame, como também a falta de criação de vínculos entre as mulheres e profissionais.

No estudo de Malta (2014), o principal motivo foi a vergonha do profissional da ESF, seguido de não gostar do profissional que realiza o exame.

Rico e Iriart (2013) relataram em seu estudo realizado com 15 mulheres em Salvador, Bahia que algumas mulheres recorrem ao setor privado, enquanto outras combinam prestações de serviços dos diferentes setores por dificuldade de acesso

aos serviços de saúde, tendo que chegar cedo às unidades de saúde, esperar em longas filas para tentar conseguir as escassas vagas disponíveis. Mesmo quando os exames são agendados, são frequentes as longas esperas e o recebimento do resultado também demora excessivamente.

FIGURA 03 – Dificuldades para conseguir realizar o exame de prevenção do câncer do colo uterino na unidade da Equipe de Saúde da Família (ESF) entre as mulheres do município de Icó, Ceará (2016).



Fonte: própria autora.

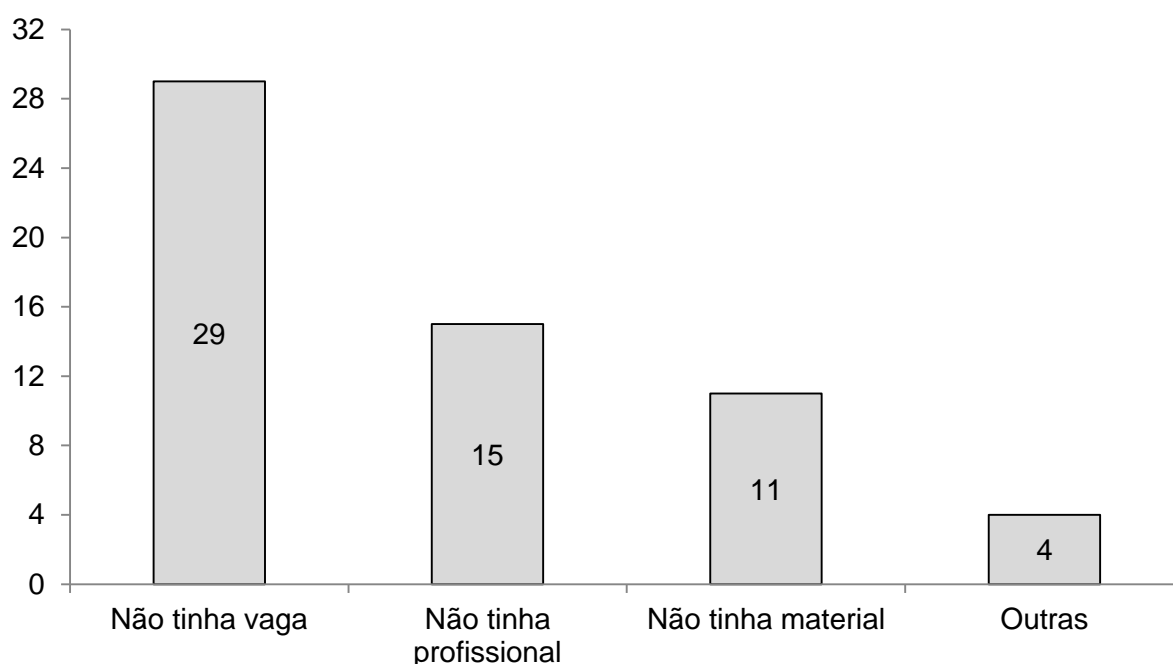
Entre as mulheres que reportaram ter encontrado dificuldade para conseguir realizar o exame na unidade da ESF, destacou-se a demora para conseguir a vaga (n=11) como a principal dificuldade (Figura 3).

A demora para conseguir a vaga relatada por a maioria das mulheres do estudo pode ser resolvida com a reorganização do cronograma de atividades de cada equipe, aumentando o número de expedientes semanais para a execução do exame de prevenção do CCU ou funcionamento de um período noturno a cada quinze dias, desde que a gestão dê o suporte de material necessário para a execução de tal procedimento.

Durante a procura para o exame e não ter conseguido, dificuldades como não ter vaga (n=29), não tinha profissional (n=15) ou material (n=11) para realizar o exame foram as mais mencionadas (Figura 4).

Corroborando com este estudo, no estudo de Rico e Iriarte (2013), também é apontado às escassas vagas para a realização do exame, as mulheres relatam que têm que chegar muito cedo para conseguirem atendimento.

FIGURA 04 – Dificuldades encontradas para a realização do exame de prevenção do câncer do colo uterino na unidade da Equipe de Saúde da Família (ESF) entre as mulheres do município de Icó, Ceará (2016).



Fonte: própria autora.

No presente estudo mais uma vez se evidencia a necessidade de criação de turnos alternativos para a realização dos exames, já que está existindo demora para conseguir vaga. Tem que existir mais turnos para a realização do exame, aumentando assim a oferta de vagas.

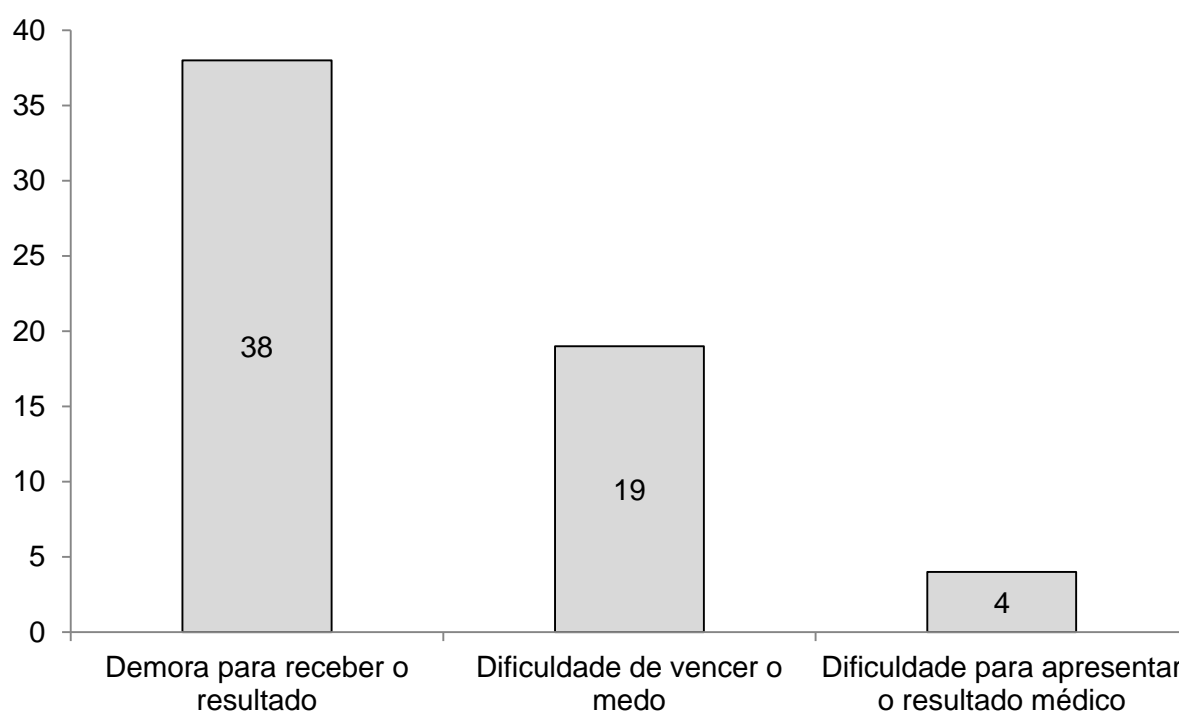
Para ampliar o acesso da mulher na unidade básica de saúde, estratégias como atendimento sem necessidade de agendamento prévio, horários alternativos (noturno ou fim de semana) ou aumento do número de expedientes para a realização do exame, devem ser avaliadas e implementadas, para mudar esse cenário.

As barreiras de acessibilidade e oferta associadas à organização dos serviços configuram-se como condicionantes do processo de saúde-doença para o CCU, transcendendo o controle das mulheres, as quais se

autoclassificariam “desculpadas” pela não realização do exame devido a fatores externos à vontade delas (RICO; IRIARTE, 2013).

Por fim, as barreiras para receber o resultado do exame que foram mais mencionadas pelas mulheres foram à demora para receber o resultado (n=38) e a dificuldade de vencer o medo do resultado (n=19, Figura 5).

FIGURA 05 – Barreiras para receber o resultado do exame de prevenção do câncer do colo uterino na unidade da Equipe de Saúde da Família (ESF) entre as mulheres do município de Icó, Ceará (2016).



Fonte: própria autora.

O atraso na liberação do resultado do exame faz com que as mulheres retornem ao posto de saúde por diversas vezes, resultando na desistência de recebê-lo. É necessária uma resolução urgente desse fator, pois tanto foi apontada na dificuldade para realizar o exame como para receber o mesmo. A gestão precisa priorizar a agilidade na entrega do resultado, que segundo a maioria das mulheres do estudo, afirmam que é em torno de três meses ou mais, isso quando chegam, muitos são extraviados.

Foi visto no estudo de Rico e Iriarte (2013) que o resultado demora chegar e quando chega existe uma demora para agendar a consulta para apresentá-lo ao profissional, fato esse também observado no presente estudo.

O medo apontado por 19 mulheres pode ser a fuga do perigo em ter a doença, condição de ameaça. Isso pode ser resolvido com práticas educativas, aproximando mais o profissional da mulher, fortalecendo vínculos e confiança entre ambos. A mulher sendo bem acolhida no dia que vai fazer seu exame, com certeza retornará para buscar o resultado.

No estudo de Jorge *et al.*, (2011a), realizado em Fortaleza (CE) com 35 servidores de uma instituição governamental referência em ginecologia, foi relatado que as mulheres sentiam-se ansiosas quanto ao resultado do exame, algumas relatando medo do mesmo.

As mulheres têm que ser orientadas no dia da realização do exame, da importância de pegar o resultado e mostrar ao profissional de saúde, para que orientações e tratamentos necessários possam ser administrados.

5.5 Variáveis sociodemográficas associadas ao conhecimento, à atitude e à prática do exame

As associações entre as variáveis sociodemográficas e o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino estão apresentadas na Tabela 6. As variáveis sociodemográficas que estiveram estatisticamente associadas ao conhecimento sobre o exame foram o estado civil, a escolaridade e a renda familiar ($p < 0,05$). A proporção de mulheres com conhecimento adequado sobre o exame de prevenção do colo uterino foram estatisticamente menores entre as que eram solteiras (39,3%) e separadas/viúvas (40,0%), quando comparadas às casadas/com união estável (55,3%). A proporção de mulheres com conhecimento adequado sobre o exame foi menor entre aquelas analfabetas ou com ensino fundamental incompleto (37,3%) e que tinha renda familiar inferior a um salário mínimo (44,7%), em comparação às de maior escolaridade e renda familiar. Faixa etária, religião, e trabalho fora de casa não estiveram associadas ao conhecimento sobre o exame de prevenção de câncer do colo uterino ($p > 0,05$).

A escolaridade das mulheres foi a única variável sociodemográfica associada à atitude sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino ($p = 0,003$). Mulheres analfabetas ou com ensino fundamental incompleto tiveram uma proporção estatisticamente menor de atitude adequada para o exame (43,2%)

em comparação às de maior escolaridade (proporções superiores a 60% nas demais categorias - Tabela 6).

Estado civil, faixa etária, trabalho fora de casa e renda familiar foram as variáveis sociodemográficas associadas à prática do exame de prevenção do câncer do colo uterino entre as mulheres ($p < 0,05$). Mulheres solteiras (47,2%) e separadas/viúvas (51,4%) tiveram uma proporção estatisticamente menor de prática adequada em comparação às casadas/com união estável (65,5%). A prática adequada do exame também foi estatisticamente inferior entre mulheres mais jovens (de 20 a 29 anos de idade, com 49,1%) em comparação às mais velhas (proporções superiores a 60% nas demais faixas etárias). Menores proporções de prática adequada sobre o exame também foram observadas entre mulheres que não trabalhavam fora de casa (55,2%) e que tinham renda familiar inferior a um salário mínimo (54,9%, ver Tabela 6).

No estudo de Vasconcelos *et al.*, (2011), além das associações com escolaridade, estado civil e trabalhar fora de casa, o conhecimento sobre o exame mostrou associação estatisticamente significativa também com a idade. Os resultados encontrados neste estudo evidenciaram proporções mais altas de conhecimento e atitudes adequadas em mulheres com escolaridade maior que nove anos de estudo e com idade superior a 35 anos. Já em relação à prática adequada, o único fator associado encontrado neste estudo foi o estado conjugal (com companheiro).

No estudo realizado por Malta (2014) em Juazeiro do Norte (CE) com 240 mulheres, o conhecimento apresentou dois fatores sociodemográficos com significância: a escolaridade e não trabalhar fora de casa. A atitude inadequada revelou estas mesmas variáveis associadas, além da idade. Já a prática mostrou associação significativa apenas com o estado civil.

Em um estudo realizado por Vasconcelos (2012), o conhecimento inadequado teve relação estatística com a idade inferior a 35 anos, escolaridade menor que 10 anos de estudo, não morar com o companheiro, não trabalhar fora e estar realizando o exame pela primeira vez. Já a atitude inadequada se mostrou relevante nas mulheres mais novas, enquanto que a atitude inadequada mostrou associação somente com o estado civil.

Esses achados em relação à escolaridade são coerentes, visto que as mulheres com pouco estudo podem ter menos conhecimento em relação ao tema,

levando-as a uma inadequação do mesmo, como também da atitude, pois não conhecem o exame e nem sabem o momento correto para procurar realizá-lo.

A classe econômica tem forte relação com o câncer de colo uterino em todo o mundo, pois são as classes de menor acesso aos serviços de saúde para a realização do exame de Papanicolaou e as que enfrentam maiores dificuldades financeiras para darem seguimento ao tratamento, com também por desconhecerem as medidas de promoção da saúde e prevenção da doença (EDUARDO *et al.*, 2012).

As mulheres solteiras, separadas/viúvas devem ter uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde do município estudado, já que a grande maioria das mesmas apresentou um conhecimento menos adequado, o mesmo também foi identificado entre as analfabetas ou com ensino fundamental incompleto e as que tinham renda menor que um salário mínimo. Deve ser feita uma busca ativa dessas mulheres, tanto quando procurarem atendimento nas unidades de saúde, como também nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Esse grupo de mulheres está mais exposta a um maior risco de morbimortalidade pela pouca instrução acerca desta patologia, devendo ser priorizada essa temática em todas as abordagens feitas a essas mulheres.

A baixa escolaridade também teve associação com a atitude inadequada, mostrando mais uma vez a falta de esclarecimentos/orientações teóricas dos profissionais de saúde.

A prática inadequada esteve associada ao estado civil (mulheres solteiras e separadas/viúvas); idade (mulheres de 20 a 29 anos) e em mulheres que não trabalham fora.

Todos esses aspectos podem gerar barreiras de acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoces do câncer do colo uterino. Essas mulheres precisam ser sensibilizadas para se prevenirem contra essa doença. Os profissionais de saúde devem promover a educação em saúde, não somente esperar que essas mulheres busquem uma consulta, mas que usem da criatividade, através de campanhas educativas, visitas às escolas, formação de grupos, dentre outras ações.

Essas disparidades nos grupos em relação ao conhecimento, prática e atitude, podem ser reduzidas obedecendo aos princípios do SUS, principalmente o da equidade e principalmente fortalecendo a educação em saúde.

Diante desses resultados analisados verificou-se a falha nas orientações fornecidas. Médicos e enfermeiros, além de trabalharem na prevenção secundária do câncer do colo do útero, podem e devem adotar condutas relacionadas com a educação em saúde. Não basta só oferecer o exame, é fundamental que orientem sobre o que é e qual a importância do mesmo.

Os serviços de saúde oferecem o exame preventivo de maneira quantitativa, sem a preocupação com a qualidade da assistência e temos que tentar mudar essa realidade.

TABELA 6 – Associação das variáveis sociodemográficas e o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino entre mulheres (n=379) nas Unidades de Saúde do município de Icó, Ceará (2016).

Variáveis sociodemográficas	Conhecimento			Atitude			Prática			
	n	AD (%)	INAD (%)	χ^2 ; p-valor	AD (%)	INAD (%)	χ^2 ; p-valor	AD (%)	INAD (%)	χ^2 ; p-valor
Estado Civil										
Solteira	89	39,3	60,7	$\chi^2=8,312$; p=0,016	52,8	47,2	$\chi^2=4,674$; p=0,096	47,2	52,8	$\chi^2=10,348$; p=0,006
Casada/União estável	255	55,3	44,7		56,5	43,5		65,5	34,5	
Separada/Viúva	35	40,0	60,0		37,1	62,9		51,4	48,6	
Faixa etária										
20 a 29 anos	129	45,5	54,5	$\chi^2=3,103$; p=0,376	52,7	47,3	$\chi^2=2,532$; p=0,317	49,1	50,9	$\chi^2=8,797$; P=0,032
30 a 39 anos	104	49,6	50,4		51,2	48,8		67,8	32,2	
40 a 49 anos	92	57,6	42,4		62,0	38,0		60,9	39,1	
50 a 59 anos	54	48,1	51,9		48,1	51,9		63,0	37,0	
Escolaridade										
Analfabeta/ EF incompleto	169	37,3	62,7	$\chi^2=21,491$; p<0,001	43,2	56,8	$\chi^2=14,206$; p=0,003	56,2	43,8	$\chi^2=2,188$; p=0,534
EF completo/ EM incompleto	57	66,7	33,3		63,2	36,8		64,9	35,1	
EM completo/ ES incompleto	137	57,7	42,3		61,3	38,7		61,3	38,7	
ES completo	16	62,5	37,5		68,8	31,2		68,8	31,2	
Religião										
Católica	309	50,2	49,8	$\chi^2=0,349$; p=0,840	53,4	46,6	$\chi^2=0,755$; p=0,686	57,9	42,1	$\chi^2=2,696$; p=0,260
Evangélica	67	50,7	49,3		56,7	43,3		68,7	31,3	
Adventista	3	33,3	66,7		33,3	66,7		66,7	33,3	
Trabalho fora de casa										
Sim	176	50,6	49,4	$\chi^2=0,025$; p=0,874	53,4	46,6	$\chi^2=0,023$; p=0,880	65,3	34,7	$\chi^2=4,058$; p=0,044
Não	203	49,8	50,2		54,2	45,8		55,2	44,8	
Renda familiar atual										
Menos de 1 salário mínimo	246	44,7	55,3	$\chi^2=8,227$; p=0,004	51,2	48,8	$\chi^2=1,916$; p=0,166	54,9	45,1	$\chi^2=7,344$; p=0,007
1 ou mais salários mínimos	133	60,2	39,8		58,6	41,4		69,2	30,8	

AD= Adequado; INAD= Inadequado; EF= ensino fundamental; EM= ensino médio; ES= ensino superior. Valores em negrito indicam significância estatística (p<0,05), considerando o p-valor do teste de Qui-quadrado (χ^2). Dados expressos em forma de frequência absoluta e/ou percentual.

Fonte: própria autora.

5.6 Variáveis do histórico sexual e reprodutivo associadas ao conhecimento, à atitude e à prática do exame

As associações entre as variáveis do histórico sexual e reprodutivo e o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino estão apresentadas na Tabela 7. As variáveis associadas ao conhecimento sobre o exame foram ter parceiro fixo e DST ($p < 0,05$). Mulheres que não tinham parceiros fixos apresentaram uma proporção estatisticamente menor de conhecimento adequado (35,3%) em comparação às demais com parceiro fixo (52,8%) ou sem parceiro (66,7%). Não obstante, mulheres que reportaram ter DST também apresentaram uma menor proporção de conhecimento adequado sobre o exame (33,3%).

Não houve associações estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre as variáveis do histórico sexual e reprodutivo e a atitude sobre o exame de prevenção do câncer de colo uterino. Entretanto, ter vida sexual ativa ($p = 0,024$), ser laqueada ($p = 0,017$) e a idade na qual a mulher teve o primeiro filho ($p = 0,025$) foram variáveis associadas à prática do exame. Mulheres com vida sexual ativa (62,6%) e que eram laqueadas (68,5%) tiveram proporções estatisticamente maiores de prática adequada do exame, quando comparadas às que não tinham vida sexual ativa (47,8%) e que não eram laqueadas (55,7%). Não obstante, a prática adequada do exame foi estatisticamente maior entre mulheres que tiveram o primeiro filho nas faixas etárias de 15-19 anos (68,2%) e 20-24 anos (65,0%), em comparação às mulheres que não tiveram filhos ou que tiveram em outras faixas etárias (proporções em torno de 50%, (Tabela 7).

As mulheres com parceiro fixo apresentaram um conhecimento adequado maior do que as que não tinham parceiro fixo, fato que pode ser deduzido pela necessidade dessas mulheres de cuidados no controle da natalidade, acompanhamento de pré-natal. Ter DST já se liga indiretamente ao descuido com o seu ser, geralmente pouco procura aos serviços de saúde e quando procura já está com a patologia instalada.

Não se encontraram na literatura essas associações claramente definidas. No estudo de Silva *et al.*, (2012), com 20 mulheres, quatro (20%) relataram que o fato de não ter companheiro/vida sexual ativa era motivo para que não realizasse o exame preventivo. Nesse mesmo estudo, para sete (35%) das mulheres

entrevistadas nunca ter tido DST foi fator relacionado a não realização do exame preventivo. Apesar do exame de PCCU identificar muitas DSTs, embora esse exame não seja específico para tais doenças, não se justifica o fato de ter ou não DST, um fator para não realização do exame.

No presente estudo foi verificado que ter vida sexual ativa tem associação significativa com a prática do exame preventivo. As mulheres com vida sexual ativa frequentam mais os serviços de saúde à procura de métodos para planejamento familiar, ou para fazer os exames de pré-natal e acompanhamento da gestação, no caso das grávidas, sendo, portanto, melhor orientadas a fazerem o exame preventivo do CCU.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Fernandes *et al.*, (2009), como também no de Gamarra *et al.*, (2005) com mulheres argentinas.

A mesma linha pode ser seguida por as mulheres que já são laqueadas, pois tiveram assistência quando grávidas ou na busca de planejamento familiar e mesmo aquelas que fizeram laqueadura por apresentarem risco em engravidar, acredita-se que tiveram orientações e acompanhamento mais adequado.

As mulheres que tiveram seu primeiro filho na faixa etária de 15 a 24 anos, apresentaram uma associação estatisticamente significativa com a prática adequada. Fato que pode ser decorrente da procura pela realização do pré-natal.

TABELA 7 – Associação das variáveis de histórico sexual e reprodutivo e o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de prevenção do câncer do colo uterino entre mulheres (n=379) nas Unidades de Saúde do município de Icó, Ceará (2016).

Variáveis do histórico sexual e reprodutivo	n	Conhecimento			Atitude			Prática		
		AD (%)	INAD (%)	χ^2 ; p-valor	AD (%)	INAD (%)	χ^2 ; p-valor	AD (%)	INAD (%)	χ^2 ; p-valor
Possui vida sexual ativa?										
Sim	310	52,3	47,7	$\chi^2=3,079$; p=0,079	56,1	43,9	$\chi^2=3,634$; p=0,057	62,6	37,4	$\chi^2=5,115$; p=0,024
Não	69	40,6	59,4		43,5	56,5		47,8	52,2	
Início da vida sexual há mais de um ano?										
Sim	363	51,0	49,0	$\chi^2=2,382$; p=0,123	54,8	45,2	$\chi^2=3,426$; p=0,064	60,6	39,4	$\chi^2=1,813$; p=0,178
Não	16	31,3	68,8		31,3	68,8		43,8	56,3	
Parceiro fixo?										
Sim	299	52,8	47,2	$\chi^2=8,180$; p=0,017	55,5	44,5	$\chi^2=3,719$; p=0,156	62,5	37,5	$\chi^2=4,133$; p=0,127
Não	68	35,3	64,7		44,1	55,9		50,0	50,0	
Não tem parceiro	12	66,7	33,3		66,7	33,3		50,0	50,0	
É laqueada?										
Sim	124	57,3	42,7	$\chi^2=3,744$; p=0,068	57,3	42,7	$\chi^2=0,874$; p=0,350	68,5	31,5	$\chi^2=5,746$; p=0,017
Não	255	46,7	53,3		52,2	47,8		55,7	44,3	
Uso de camisinha nas relações sexuais										
Sim	61	54,1	45,9	$\chi^2=1,449$; p=0,485	62,3	37,7	$\chi^2=2,526$; p=0,283	60,7	39,3	$\chi^2=1,057$; p=0,590
Às vezes	33	57,6	42,4		57,6	42,4		51,5	48,5	
Não	285	48,4	51,6		51,6	48,4		60,7	39,3	
Uso de método contraceptivo										
Não	243	51,0	49,0	$\chi^2=0,218$; p=0,641	52,7	47,3	$\chi^2=0,361$; p=0,548	60,9	39,1	$\chi^2=0,288$; p=0,591
Sim	136	48,5	51,5		55,9	44,1		58,1	41,9	
Quantidade de filhos(as)										
Não tem	81	51,9	48,1	$\chi^2=0,867$; p=0,833	53,1	46,9	$\chi^2=1,472$; p=0,689	50,6	49,4	$\chi^2=4,087$; p=0,252
1 a 3	259	49,0	51,0		54,8	45,2		61,8	38,2	
4 ou mais	28	57,1	42,9		53,6	46,4		67,9	32,1	
7 ou mais	11	45,5	54,5		36,4	63,6		63,6	36,4	
Idade que teve o(a) primeiro(a) filho(a)										
Não tem	81	52,4	47,6	$\chi^2=6,943$;	53,7	46,3	$\chi^2=1,629$;	51,2	48,8	$\chi^2=11,147$;

Menos de 15 anos	10	30,0	70,0	p=0,139	40,0	60,0	p=0,804	50,0	50,0	p=0,025
15 a 19 anos	110	47,3	52,7		56,4	43,6		68,2	31,8	
20 a 24 anos	120	57,5	42,5		55,0	45,0		65,0	35,0	
25 anos ou mais	57	40,4	59,6		49,1	50,9		47,4	52,6	
Aborto										
Não	310	42,0	58,0	$\chi^2=2,216$;	53,6	46,4	$\chi^2=0,001$;	58,0	42,0	$\chi^2=0,130$;
Sim	69	51,9	48,1	P=0,137	53,9	46,1	p=0,970	60,3	39,7	p=0,719
DST										
Não	347	48,4	51,6	$\chi^2=6,507$;	52,7	47,3	$\chi^2=3,347$;	59,4	40,6	$\chi^2=2,106$;
Sim	4	33,3	66,7	p=0,039	33,3	66,7	p=0,188	100,0	0,0	p=0,349
Não sabe	28	72,4	27,6		69,0	31,0		62,1	37,9	
Histerectomia										
Sim	20	45,0	55,0	$\chi^2=0,222$;	50,0	50,0	$\chi^2=0,124$;	80,0	20,0	$\chi^2=3,553$;
Não	359	50,4	49,6	p=0,637	54,0	46,0	p=0,724	58,8	41,2	p=0,059
Câncer de colo uterino na família										
Não	290	49,3	50,7	$\chi^2=0,748$;	53,1	46,9	$\chi^2=1,294$;	60,7	39,3	$\chi^2=0,326$;
Sim	54	55,6	44,4	p=0,688	51,9	48,1	p=0,524	57,4	42,6	p=0,850
Não sabe	35	48,6	51,4		62,9	37,1		57,1	42,9	

AD= Adequado; INAD= Inadequado; DST= doença sexualmente transmissível

Valores em negrito indicam significância estatística ($p<0,05$), considerando o p-valor do teste de Qui-quadrado (χ^2).

Dados expressos em forma de frequência absoluta e/ou percentual.

Fonte: própria autora.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer do colo uterino é um grande desafio para a saúde pública, porém este câncer tem grande probabilidade de cura, quando diagnosticado precocemente e é passível de ser prevenido pela educação e informação da população. O êxito do controle deste câncer vai depender do acesso aos serviços de prevenção e aumento da cobertura do exame citopatológico, bem como da melhoria da educação em saúde, da capacitação do profissional de saúde e da qualidade na assistência prestada.

O presente estudo apontou que 50,1% (189) das mulheres avaliadas teve um conhecimento adequado, a atitude e a prática adequadas sobre o exame foram observadas em 53,8% (203) e 59,9% (227) das mulheres respectivamente.

A maior presença feminina foi observada na demanda de todas as unidades de saúde desta pesquisa, podendo ser associada a fatores culturais e sociais. Estavam acompanhando crianças, adolescentes, idosos ou buscando atendimento para si mesmo, como pré-natal, planejamento familiar ou exame de prevenção do CCU.

O atendimento à mulher em Icó é feito de acordo com a programação de cada Unidade Básica de Saúde (UBS), onde é traçado um cronograma mensal construído e planejado por toda a equipe, baseado no diagnóstico situacional do território de sua competência.

Em todas as UBS da presente pesquisa foi visto um cronograma fixado na sala de espera, com dias determinados para consultas de pré-natal, exame de prevenção do CCU, planejamento familiar, sendo assegurado o atendimento da demanda espontânea em qualquer dia.

Não foram presenciadas ações educativas nas UBS visitadas, existe na grande maioria grupos específico, como por exemplo: grupo de gestantes, grupo de idosos, grupo de hipertensos e diabéticos e segundo conversa informal com funcionários dessas unidades, como também com as mulheres desse estudo, não é feito em nenhum momento sobre PCCU.

Vale salientar, que embora se tenha tentado evitar ao máximo, o viés da memória, neste estudo está presente, sendo considerado um tipo de limitação da pesquisa. Algumas mulheres podem ter esquecido ou omitido dados referentes à

realização do último exame citopatológico e esses não foram checados quanto à veracidade em registros dos serviços de saúde.

Nesse estudo percebe-se a necessidade de uma atuação diferenciada dos profissionais da saúde com as mulheres em relação ao exame de PCCU, bem como uma melhor atenção e priorização dos gestores com essa temática.

Cada mulher tem sua maneira própria de interpretar a cerca do exame, sendo importante estimulá-la a procura para a realização dele. Saber sobre a importância da realização, riscos da não realização, pode levá-las a buscar os serviços de saúde para fazê-lo.

O presente estudo revelou que o município avaliado, mesmo tendo uma cobertura de 100% de ESF, realiza o rastreamento do câncer do colo uterino de modo predominantemente oportunístico. A demanda espontânea é prevalente. É importante o desenvolvimento de estratégias, disseminando o valor do exame preventivo.

O sucesso do rastreamento depende não somente de uma rede organizada de assistência à mulher nos serviços de saúde, como também da capacitação dos profissionais envolvidos nessa abordagem. Estes devem estar sensibilizados quanto à importância da prevenção para diagnóstico precoce do CCU e da necessidade de ações educativas de promoção da saúde.

O profissional de saúde, independente da categoria profissional, é o principal agente que tem a capacidade de promover uma nova postura das mulheres no município estudado. É importante que as UBS realizem a busca ativa das mulheres para a realização do exame preventivo, sendo fundamental a participação do ACS, através da visita domiciliar, para captação dessas mulheres e conscientização das mesmas.

A educação em saúde é essencial para a mudança de comportamento das mulheres em Icó-Ce. É um meio de alcançar resultados eficientes no controle do câncer do colo uterino. O acolhimento precisa ser implantado nas UBS e aproveitado todos os espaços para enfatizar a importância do exame de PCCU. Rodas de conversas na comunidade, orientações nas salas de espera são de suma importância para transformar a realidade deste município.

Deve-se também trabalhar dentro do Programa de Saúde na Escola (PSE) essa temática, orientando os jovens quanto aos cuidados com sua saúde desde a

infância e adolescência, destacando-se a importância da realização do exame de PCCU para prevenção e rastreamento do CCU.

Evidencia-se que é necessário um aumento no número da coleta de exames realizados, porém, somente este aumento não é suficiente para a detecção do CCU em estágios iniciais, torna-se necessário direcionar ações integradas de educação em saúde para fortalecer a assistência prestada, garantindo melhor acessibilidade e adesão das mulheres.

Os gestores de saúde deste município devem propiciar condições para que os profissionais possam desenvolver suas atividades de modo efetivo, como também buscarem capacitações para esses profissionais. Devem também buscar uma melhor organização dos laboratórios para a leitura das lâminas e entrega dos laudos em tempo hábil, já que a demora para receber o resultado do exame foi identificado por várias mulheres, tornando o serviço desacreditado.

Tendo em vista os resultados do nosso estudo, ficou clara a necessidade da implementação de ações educativas, enfatizando a importância e finalidade do exame de Papanicolaou, esclarecendo os fatores de risco dessa neoplasia, focando nas medidas primárias e secundárias, possibilitando um conhecimento adequado quanto ao CCU e maneiras de prevenção. É essencial a realização de atividades grupais ou individuais para ampliar e construir vínculos afetivos entre as mulheres e a equipe de saúde, com o objetivo de adesão periódica dessas mulheres ao exame preventivo.

Percebe-se que em Icó, o esforço da Secretaria de Saúde e ações da ESF para prevenção do CCU e captação de mulheres para realização do exame, fica restrito apenas ao mês de outubro, na realização do Outubro Rosa. Uma conscientização de todos os envolvidos precisa ser feita urgentemente, pois não se tem um rastreamento contínuo, a demanda espontânea é prevalente e o atendimento oportunístico é realizado nas mulheres visando apenas o tratamento de alguma sintomatologia e não a prevenção do CCU.

Deve-se buscar a parceria entre os serviços de saúde e universidades/escolas, como também em todos os segmentos das secretarias municipais para trabalharmos esse tema, promovendo assim, uma melhor atenção para prevenção do CCU, buscando o rastreamento em mulheres sintomáticas e assintomáticas, garantindo o acesso aos métodos de diagnóstico e tratamento adequados.

Este trabalho permite traçar o diagnóstico situacional de cada área das UBS do município estudado, facilitando o planejamento das ações do serviço de prevenção, controle e rastreamento do CCU, organizando o processo de trabalho.

Espera-se que os resultados possam auxiliar em discussões na formação/capacitação de profissionais de saúde e reflexões sobre a prática profissional, levando a melhoria nas ações educativas. Assim, haverá maior adesão das mulheres na realização do exame de PCCU e conseqüentemente uma redução dos indicadores de mortalidade por CCU.

Fica claro que as ações de prevenção do câncer do colo do útero são essenciais para o controle da doença. Os achados aqui encontrados sugerem, não só a necessidade de aumentar a prevalência de realização de realização do exame, mas também de sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos nessa abordagem, contribuindo para a consolidação de um sistema de saúde universal, igualitário e integral.

Os resultados aqui encontrados servirão de ponto de partida para os profissionais de saúde do município de Icó refletirem sobre sua prática profissional e buscarem principalmente os grupos mais vulneráveis encontrados nesta pesquisa, para mudar o atual cenário. A gestão também precisa conduzir de outra forma o processo gerencial, estabelecendo metas, garantindo a quantidade adequada de insumos para a realização dos exames.

Os profissionais precisam ter um envolvimento maior com essa temática, ter um comportamento ativo, terem conhecimento da quantidade das mulheres do seu território da faixa etária preconizada pelo MS que estão ou não em dia com a prática do exame de prevenção, buscando também a participação de toda a equipe, principalmente do ACS.

Algumas ACS por estarem na ESF no momento da coleta de dados participaram deste estudo e muitas das mesmas apresentaram conhecimento, atitude e prática inadequada, portanto os enfermeiros precisam investigar as deficiências, dúvidas das mesmas e realizar treinamentos, atualizações sobre o Papanicolaou, para poderem repassar para a comunidade de forma correta.

Vale salientar, que a informação passada para as mulheres tem que ser analisado o grau de entendimento, pois nem sempre o que se fala é compreendido, por isso sempre bom promover troca de saberes e experiências com a clientela através do diálogo individual e de rodas de conversas.

Os resultados deste estudo serão apresentados ao secretário de saúde, coordenadores da atenção básica e saúde da mulher, conselhos populares de saúde, como também aos coordenadores de todas as UBS do município estudado para que juntos possam traçar estratégias e implementar ações para mudar essa realidade encontrada, fazendo com que a assistência à Saúde da Mulher aconteça com qualidade. A educação em saúde tem que ser realizada o mais rápido possível, envolvendo todos os profissionais de saúde, com apoio do NASF, buscando também todos os recursos disponíveis: emissoras de rádio, redes sociais, escolas, enfim buscando a intersetorialidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, R. P.; SOARES, D. A. Barreiras à realização do exame Papanicolaou: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 359-379, 2015.
- ALBUQUERQUE, C. L. F.; COSTA, M. P.; NUNES, F. M.; FREITAS, R. W. J. F.; AZEVEDO, P. R. M.; FERNANDES, J. V.; REGO, J. V.; BARRETO, H. M. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre o exame de Papanicolaou em mulheres do nordeste brasileiro. **Med. J. São Paulo**, v. 132, n. 1, p. 3-9, 2014.
- ALMEIDA, G. C. P.; CAVEIÃO, C. Vacina profilática para o papiloma vírus humano: desafios para saúde pública. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.5 n.3, jan/jun. 2014.
- ANDRADE, S. S. C.; SILVA, F. M. C.; SILVA, M. S. S.; OLIVEIR, S. H. S.; LEITE, K. N. S.; SOUSA, M. J. Compreensão de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família sobre o exame Papanicolaou. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2301-2310, Ago. 2013.
- BORGES, M. F. S. O; DOTTO, L. M. G; KOIFMAN, R. J; CUNHA, M. A; MUNIZ, P. T. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1156-1166, Jun. 2012.
- BORSATTO, A. Z.; VIDAL, M. L. B.; ROCHAS, R. C. N. P. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero: subsídios para a Prática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 1, p. 67-74, 2011.
- BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. Brasília: Ministério da Educação, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Controle do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em: 13 Mar. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, 12 de Dezembro de 2012**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Prático Sobre HPV: Guia de Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde**. Brasília: Ministério de Saúde, 2013 (b).

BRENNAN, S. M. F.; HARDY, E.; ZEFERINO, L. C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 909-914, jul-ago, 2001.

BOYLE, P. Current situation of screening for cancer. **Annals of oncology**, Boston, v.13, n. 4, p. 189-198, 2002. Supplement.

CASARIN, M. R; PICCOLI, J. C. E. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3925-3932, Set. 2011.

CORREA, D. A. D; VILLELA, W. V; ALMEIDA, A. M. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 395-400, Jun. 2012.

CORREA, M. S.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados da região Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2257-2266, 2012.

DERCHAIN, S. F. M.; LONGATTO FILHO, A.; SYRJANEN, K. J. Neoplasia intraepitelial cervical: diagnóstico e tratamento. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 425-433, jul. 2005.

DIAS, M. B. K.; TOMAZELLI, J. G.; ASSIS, M. Rastreamento do Câncer de colo do útero no Brasil: análise dos dados do SISCOLO no período de 2002 a 2006. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Brasília, v. 19, n. 3, p. 293-306, jul./set. 2010.

EDUARDO, K. G. T.; MOURA, E. R. F.; NOGUEIRA, P. S. F.; COSTA, C. B. J.S.; PINHEIRO, A. K. B.; SILVA, R.M. Conhecimento e mudanças de comportamento de mulheres junto a fatores de risco para o câncer de colo uterino. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 13, n. 5, p. 1045-1055, 2012.

FERNANDES, J. V.; RODRIGUES, S. H. L.; COSTA, Y. G. A. S.; SILVA, L. C. M.; BRITO, A. M. L.; AZEVEDO, J. W. V.; NASCIMENTO, E. D.; AZEVEDO, P. R. M.; FERNANDES, T. A. A. M. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009.

GAMARRA, C. J.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 270-276, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed.- 6. reimpr. São Paulo, Atlas, 2014.

GOMES, C. H. R.; SILVA, J. A.; RIBEIRO, J. A.; PENNA, R. M. M. Câncer cervicouterino: correlação entre diagnóstico e realização prévia de exame preventivo em serviço de referência no Norte de Minas Gerais. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 58, v. 1, p. 41-45. 2012.

GONÇALVES, C. V.; DUARTE, G.; COSTA, J. S. D.; QUINTANA, S. M.; MARCOLIN, A. C. Perdas de oportunidades na prevenção do câncer do colo uterino durante o pré-natal. **Ciência & saúde coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 5, p.2501-2510, 2011.

GUIMARÃES, J. A. F.; AQUINO, P. S.; PINHEIRO, A. K. B.; MOURA, J. G. Pesquisa brasileira sobre prevenção do câncer de colo uterino: uma revisão integrativa. **Rev Rene**. v.13, n. 1, 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas**. 2013. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230540&search=ceara/ico>>. Acesso em: 20 Mar. 2015.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**– Rio de Janeiro: INCA, 2011.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero**: sumário executivo/ Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2010.

Instituto Nacional de Câncer. **Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer. José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

Instituto Nacional de Câncer. **Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

Instituto Nacional de Câncer. **Sistema de informação do câncer**: manual preliminar para apoio à implantação /Instituto Nacional de Câncer. José Alencar Gomes da Silva.– Rio de Janeiro: INCA, 2013.

JORGE, R. J. B.; DIÓGENES, M. A. R.; MENDONÇA, F. A. C.; SAMPAIO, L. R. L.; JÚNIOR, R. J. Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2443-2451, 2011 (a).

JORGE, R. J. B.; SAMPAIO, L. R. L.; DIÓGENES, M. A. R.; CRUZ, F. A. Fatores associados a não realização periódica do exame Papanicolaou. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 606-612, jul/set; 2011 (b).

LEMOS, A. Atenção integral à saúde da mulher: o olhar de mulheres que a construíram. **R. Enferm. Cent.O. Min.** v. 1, n. 2, p. 220-227, abr/jun, 2011.

LETO, M. G. P; JÚNIOR, G. F. S; PORRO, A. M; TOMIMORI, J. Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, p. 306-317, Abr. 2011.

LUCENA, L. T.; ZÃN, D. G.; CRISPIM, P. T. B.; FERRARI, J. O. Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. **Rev. Pan-AmazSaude.** v.2 n.2. Jun. 2011.

MALTA, E. F. G. D. **Fatores relacionados à prática inadequada do exame Papanicolaou por mulheres do interior do Ceará.** 2014.82 f.: il. color., enc. ; 30 cm. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.

MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010 (a).

MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Metodologia científica.** 5. ed. São paulo: Atlas, 2010 (b). 312p.

MARINHO, L. A. B.; COSTA-GURGEL, M. S.; CECATTI, J. G.; OSIS, M. J. D. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame de mamas em centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 576-582, 2003.

MENDONÇA, V. G.; GUIMARÃES, M. J. B.; LIMA FILHO, J. L.; MENDONÇA, C. G.; MARTINS, D. B. G.; CROVELLA, S.; ALENCAR, L. C. A. Infecção cervical por papilomavírus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer do colo do útero. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, p.476-485, out. 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BR). Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP.** 2002. Disponível em: <<http://www.unde.gov.mz/docs/monieduca10.doc>>. Acesso em 26 de Maio de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Informações para a Gestão Interfederativa no SUS.** 2012.

MISTURA, C.; MISTURA, C.; SILVA, R. C. C.; SALES, J. R. P.; MELO, M. C. P.; SARMENTO, S. S. Papel do enfermeiro na prevenção do câncer de colo uterino, na estratégia de saúde da família. **Rev. contexto e saúde**, Ijuí, v. 10. n. 20. Jan./Jun. 2011.

MORAIS, A. L. J. **Avaliação da atenção básica no âmbito da política de prevenção do câncer do colo de útero no estado de Sergipe.** 2014. 82f.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente). UNIVERSIDADE TIRADENTES. ARACAJU, Fevereiro – 2014.

MORI, M. E; COELHO, V. L. D; ESTRELLA, R. C. N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1825-1833, Set. 2006.

NASCIMENTO, M. I; SILVA, G. A; MONTEIRO, G. T. R. História prévia de realização de teste de Papanicolaou e câncer do colo do útero: estudo caso-controle na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1841-1853, Out. 2012.

NICOLAU, A. I. O. **Efeito de intervenções por telefone na adesão ao recebimento do laudo citopatológico**. 2015. 115f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2015.

NICOLAU, A. I. O.; RIBEIRO, S. G. R.; LESSA, P. R. A.; MONTE, A. S.; BERNARDO, E. B. R.; PINHEIRO, A. K. B. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativo por presidiárias: prevenção das DST/HIV no cenário prisional. **Ver. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 711-719, 2012.

PARKIN, D. M. Global cancer statistics, 2002. **CA: a cancer journal for clinicians**, New York, v. 55, n. 2, p. 74-108, Mar/Apr 2005.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. [S.l.]: Editora Guanabara, 2000.

PINHEIRO, D. M.; FERREIRA, D. L. A. Prevention of Cervical Cancer in Long-Term Care Institutions for the Elderly. **RevEnferm.UFPI**. v. 2, n. 1, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. T. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: Método, Avaliação e Utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRODANOV, C. C.; Freitas, E. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAFAEL, R. M. R; MOURA, A. T. M. S. Barreiras na realização da colpocitologia oncológica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1045-1050, Mai. 2010.

RIBEIRO, K. F. C.; MOURA, M. S. S.; BRANDÃO, R. G. C.; NICOLAU, A. I. O.; AQUINO, P. S.; PINHEIRO, A. K. B. Student nurses' knowledge, attitude and practice regarding the papanicolaou examination. **TextContextNursing**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 460-467. Abr-Jun, 2013.

RIBEIRO, L. **Prevalência e fatores associados a não realização do exame citopatológico do colo do útero na Zona Norte do Município de Juiz de Fora**.

2012. 125 f. : il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

RICO, A. M.; IRIART, J. A. B. "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1763-1773, Set. 2013.

ROSA, M. I.; Medeiros, L. R.; Rosa, D. D.; Bozzeti, M. C.; Silva, F. R.; Silva, B. R. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 953-964, mai. 2009.

SILVA, M. M.; GITSOS, J.; SANTOS, N. L. P. Atenção básica em saúde: prevenção do câncer de colo do útero na consulta de enfermagem. **Ver. Enferm. UERJ**, v. 21, n.1, p. 631-636, 2013.

SILVA, S. R.; SILVEIRA, C. F.; GREGÓRIO, C. C. M. Motivos alegados para a não realização do exame de papanicolaou, segundo mulheres em tratamento quimioterápico contra o câncer do colo uterino. **remE – Rev. Min. Enferm.**; v.16, n. 4, p. 579-587, out./dez., 2012.

SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. Análise de um programa municipal de prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 177-182. mar./abr. 2010.

VASCONCELOS, C. T. M. **Intervenções comportamental e educativa: efeitos na adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame colpocitológico**. 2012. 104 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza, 2012.

VASCONCELOS, C. T. M.; PINHEIRO, A. K. B.; CASTELO, A. R. P.; COSTA, L. Q.; OLIVEIRA, R. G. Conhecimento, atitude e prática relacionada ao exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, 09 telas, jan/fev. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer Control: Knowledge into action: WHO guide for effective programmes**. Switzerland. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>. Acesso em: 18 Mar. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Formulário N° _____ Data da Entrevista: ___/___/2016 Equipe da ESF n°: _____

PARTE 1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA	
1. Idade: _____ anos	1. _____
2. Estado civil: 1- solteira 2- casada 3- união estável 4- viúva 5-separada	2. _____ 3. _____
3. Escolaridade: (1)- Analfabeta (2)- Ens.Fund. Incomp. (3)-Ens. Fund. Comp. (4)-Ens. Médio Incompl. (5)-Ens. Médio Compl. (6)- Ens. Superior incompleto (7)- Ens. Superior completo	4. _____
4. Religião: 1-católica 2-evangélica 3-adventista 4-espírita 5- outra _____	5. _____
5. Qual a sua ocupação? _____	6. _____
6. Trabalha fora de casa? 1- Sim 2- Não	7. _____
7.Quanto é a atual renda familiar? (1)-menos de 1 salário mínimo (2)- De 1a 2 salários (3)- acima de 2 salários	
HISTÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA	
8. Possui vida sexual ativa? 1-Sim 2- Não	8. _____
9. Tem mais de 01 ano que iniciou vida sexual? 1-Sim 2- Não	9. _____
10. Parceiro fixo? 1-Sim 2- Não 3-Não tem parceiro	10. _____
11. É laqueada? 1-Sim 2- Não	11. _____
12. Usa camisinha nas relações sexuais? 1-Sim 2- Às vezes 3-Não	12. _____
13. Faz uso de algum outro método contraceptivo ? 1-Sim 2- Não	13. _____
13.1 Se sim, qual? 1- Ant.oral 2 Ant. injetável 3- DIU 4-Tabela 5- Outros _____	13.1 _____
14. A senhora tem filhos?(Incluir todo filho nascido) 1-Sim. 2-Não	14. _____
14.1. Se sim, quantos? 1-De 1 a 3 filhos 2- De 4 a 6 filhos 3- 7 ou mais filhos	14.1 _____
15. Com qual idade a senhora teve seu primeiro filho? 1-Menos de 15 anos 2-Entre 15 e 19 anos 3- Entre 20 e 24 anos 4-25 anos ou mais	15. _____
16. Teve algum aborto?(Incluir como aborto, qualquer gestação que não ultrapassou o 5º mês) 1-Sim. 2-Não	16. _____
16.1 Se sim, quantos? _____	16.1 _____
17. A senhora já teve alguma doença de transmissão sexual? 1-Sim 2-Não 3-Não sabe	17. _____

17.1. Se sim, qual? . _____	17.1 _____
18. A senhora teve ou tem algum problema no útero/colo uterino? 1- Sim. 2- Não 3- Não sabe	18. _____ 18.1 _____
18.1. Se sim, qual? _____	
19. A senhora já fez histerectomia (cirurgia para retirar o útero)? 1-Sim 2-Não	19. _____
20. A senhora está grávida? 1-Sim 2-Não	20. _____
21. Existe algum caso de câncer uterino na família? 1-Sim 2- Não 3-Não sabe	21. _____
21.1 Se SIM, qual o parente? 1- mãe 2-avó 3- tia 4-prima 5- irmã 6-Outra _____	21.1 _____

PARTE 2- INQUÉRITO CAP CONHECIMENTO SOBRE O EXAME PAPANICOLAU	
22. A senhora já ouviu falar sobre o exame de prevenção do câncer de colo do útero? 1- Sim 2-Não	22. _____
23. Se sim, onde ouviu? 1- TV 2- Revista 3- amigas 4- profissionais de saúde 5- família 6- rádio 7- internet 8- folder 9-Escola 10-Outros: _____	23. _____
24. Para a senhora, para que serve esse exame? 1- Não sabe 2- É para prevenir o câncer 3- É para prevenir o câncer de colo de útero 4- É para detectar DST/HIV 5- Outra finalidade. Qual? _____	24. _____
25. A senhora poderia dizer, pelo menos, dois cuidados necessários que a mulher deve ter para realizar esse exame? (1)- Não ter relação sexual previamente ao exame (2)- Não estar menstruada (3)- Aparar os pelos pubianos/higiene/asseio (4)- Não usar duchas e cremes vaginais 48h antes (5)- Não sabe/não lembra	25. _____
26. Qual deve ser a periodicidade com que o exame deve ser realizado? 1- De 6/6 meses 2- Anualmente 3- Outro: _____ 4- Não sabe	26. _____
27. AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO: 1-Adequado 2- Inadequado	27. _____
ATITUDE EM RELAÇÃO AO EXAME PAPANICOLAU	

<p>28. Para a senhora, realizar o exame de prevenção periodicamente é: 1-Necessário 2- Pouco necessário 3-Desnecessário 4- Não tem opinião sobre a necessidade do exame</p>	28. _____
<p>29. Para a senhora, a mulher deve procurar o serviço de saúde para a realização do exame de prevenção: 1- Cada vez que estiver com alguma queixa ginecológica 2- Periodicamente, ainda que esteja sadia, pois o exame é para prevenir o câncer de colo de útero 3- Periodicamente, como exame de rotina 4- Outro motivo. Qual? _____ 5- Não sabe</p>	29. _____
<p>30. AVALIAÇÃO DA ATITUDE: 1- Adequada 2- Inadequada</p>	30. _____

PRÁTICA EM RELAÇÃO AO EXAME PAPANICOLAU

<p>31. A senhora já realizou esse exame alguma vez? 1- Sim 2- Nunca</p>	31. _____
<p>32. Se NUNCA realizou o exame, por quê? (1)-O médico/enfermeiro nunca pediu (2)- Não está doente, não doe nada (3)- Não tem com quem deixar os filhos/parente (4)- Não pode faltar ao trabalho (5)- Por vergonha (6)-Por medo (7)-Por descuido (8)- Não tem tempo (9)Outros: _____</p>	32. _____
<p>33. Se já realizou o exame, quando foi a última vez que realizou? 1- Menos de 1 ano 2-Há 01 ano 3-Entre 02 e 03 anos 4- Mais de 03 anos</p>	33. _____
<p>34. Se realizou o exame HÁ MAIS DE 03 ANOS, por quê? (1)-O médico/enfermeiro não pediu (2)- Não está doente, não doe nada (3)- Não tem com quem deixar os filhos/parente (4)- Não pode faltar ao trabalho (5)- Por vergonha (6)-Por medo (7)- Por descuido (8)- Não gosta de fazer (9)-Não tem tempo (10) É hysterectomizada, acha que não precisa (10) -Outros: _____</p>	34. _____
<p>35. Quando a senhora fez o seu último exame, retornou para receber o resultado? 1- Sim 2-Não 3- Não lembra</p>	35. _____
<p>36. Se NÃO retornou, por quê? _____ 1- Causas pessoais 2- Causas Institucionais</p>	36. _____
<p>37. Se retornou, mostrou o resultado para algum profissional de saúde? 1- Sim 2-Não 3- Não lembra</p>	37. _____
<p>38. Se NÃO mostrou o resultado, por quê? _____</p> <p>1- Causas pessoais 2- Causas Institucionais</p>	38. _____

PARTE 3
DIFICULDADES PARA REALIZAR O EXAME PAPANICOLAOU NA ESF E
RECEBER O RESULTADO

<p>40. Onde foi realizado o seu último exame de prevenção? 1- Consultório médico (particular ou plano de saúde) 2- ESF 3- SAME 4- Outro _____</p>	40. _____
<p>41. Se NÃO realizou o último exame de prevenção na unidade da ESF, por quê? (1)-Não gosta do ambiente (2)- Não gosta do profissional que realiza o exame (3)-Na ESF não tinha material (4)-Não tinha vaga (5)-Horário do exame na ESF é incompatível com o do trabalho (6)-Tem vergonha do profissional do PSF (7)-Não tinha profissional para realizar o exame (8)-Não sabia que fazia o exame na ESF (9) O resultado do exame demora para chegar (10)-Presença de acadêmicos (11)-Tem plano de saúde (12) Outros _____</p>	41. _____
<p>42. Se o seu último exame de prevenção foi realizado na unidade da ESF, a senhora teve alguma dificuldade para consegui-lo? 1- Sim 2- Não</p>	42. _____
<p>42.1. Se SIM, qual a dificuldade encontrada? (1)- Demora para conseguir a vaga (2)-Distribuição da ficha é muito cedo da manhã (3)-Material insuficiente em relação a quantidade de mulher para fazer o exame (4)- Outros _____</p>	42.1 _____
<p>43. Alguma vez a senhora procurou a unidade da ESF para realização do exame de prevenção e NÃO CONSEGUIU? 1- Sim 2- Não 3- Nunca procurou a ESF para fazer o exame</p>	43. _____
<p>44. Se SIM, qual a dificuldade encontrada? (1)- Não tinha vaga (2)- Não tinha material (3)-Não tinha profissional para realizar o exame (4)- Outros _____</p>	44. _____
<p>45. A senhora enfrentou alguma barreira para receber o resultado do exame de prevenção? 1. Sim 2. Não</p>	45. _____
<p>46. Se sim, qual a barreira encontrada? 1. Demora em receber o resultado 2. Dificuldade para apresentar o resultado ao médico. 3. Dificuldade de vencer o medo de saber o resultado do exame.</p>	46. _____

APÊNDICE - B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante-voluntário(a),

A pesquisadora que aqui se apresenta é Lucenir Mendes Furtado Medeiros, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará / RENASF-FIOCRUZ.

Estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DAS MULHERES SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO, na cidade de Icó-Ceará, sob a orientação da Prof^a Dr^a Andrea Gomes Linard.

O objetivo é analisar o conhecimento, atitude e prática das mulheres sobre o exame de Papanicolaou.

O procedimento utilizado será o preenchimento de um formulário, que poderá trazer algum desconforto do tipo constrangimento, que será reduzido ao promover um ambiente amigável e descontraído durante o preenchimento do mesmo.

Sua participação é fundamental para o meu trabalho. Dou-lhe garantia de que as informações colhidas serão usadas apenas para a realização do presente estudo e asseguro que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa e sobre seus benefícios, inclusive com a finalidade de sanar alguma dúvida. Você terá a liberdade de retirar seu consentimento em participar deste trabalho sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Por fim, garanto não fornecer nenhuma informação a seu respeito que possa identificá-lo de alguma forma.

Os riscos da pesquisa se limitam a um possível desconforto, do tipo constrangimento, além de um possível atraso no horário de atendimento para consulta.

Já os benefícios adquiridos são: haver um planejamento e implementação de ações para a prevenção desse tipo de câncer e assim aumentar o número de mulheres na realização do exame de Papanicolaou.

Caso aceite participar, solicito que assine o presente termo de consentimento. Caso necessário, informo-lhe o nome da pesquisadora, com os números de telefone e endereço eletrônico para maiores esclarecimentos.

Nome da pesquisadora: Andrea Gomes Linard.

Telefone: (85)9.99.96.67.96

E-mail: linard@unilab.edu.br

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), situada na Avenida da Abolição, nº 3, Centro, Redenção-CE. Telefone: (85) 3332-1414.

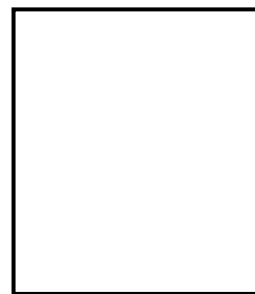
APÊNDICE - C

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa: CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DAS MULHERES SOBRE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante/RG



Impressão Dactiloscópica

Assinatura do pesquisador/RG

APÊNDICE - D



GOVERNO MUNICIPAL DE ICÓ

Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu, **RIKELMY LAMONIER MEDEIROS DE OLIVEIRA**, portador do RG _____, e CPF _____, Secretário de Saúde do Município de Icó/Ce, declaro ter lido o projeto intitulado **CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DAS MULHERES SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO**, de responsabilidade dos pesquisadores **Andrea Gomes Linard** portador do RG 424.193.013-15 e CPF 424.193.013-15 e **Lucenir Mendes Furtado Medeiros** portadora do RG _____ e CPF _____, e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade, autorizaremos a realização deste projeto na Secretaria Municipal de Saúde, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12.

Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Icó/Ce, _____ de _____ de 2015

Rikelmy Lamonier Medeiros de Oliveira
Secretário de Saúde

ANEXOS

ANEXO - A

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DAS MULHERES SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO

Pesquisador: Andrea Gomes Linard

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52337215.0.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.437.679

Apresentação do Projeto:

O projeto aborda a temática conhecimento, atitude e prática das mulheres sobre a prevenção do câncer do colo uterino.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

- Analisar o conhecimento, atitude e prática das mulheres sobre o exame de Papanicolaou.

Objetivos Específicos:

- Relacionar as variáveis sociodemográficas com o conhecimento, atitude e prática;

- Identificar dificuldades apresentadas pelas mulheres para a realização do exame de Papanicolaou;

- Avaliar as barreiras encontradas pelas mulheres para receber o resultado do exame

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Poderá trazer algum desconforto do tipo constrangimento das mulheres para participarem da pesquisa.

Benefícios:

Espera-se como benefício desse estudo conhecer os motivos da não adesão das mulheres ao

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE

Município: REDENÇÃO

Telefone: (85)3332-1381

CEP: 82.790-000

E-mail: rafaelapessoa@unilab.edu.br

Continuação do Parecer: 1.437.679

exame Papanicolaou para futuramente haver um planejamento e implementação de ações para a prevenção do câncer do colo uterino em Icó-Ce e assim aumentar o número de mulheres na realização do exame de Papanicolaou.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para prática e desenvolvimento da profissão no Maciço de Baturité.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão presentes e respeitando o preconizado pela Resolução 466/2012.

Recomendações:

Recomenda-se colocar os riscos e benefícios no corpo do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_640580.pdf	07/01/2016 14:24:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	07/01/2016 14:17:58	Lucenir Mendes Furtado Medeiros	Aceito
Outros	CURRICULO.pdf	07/01/2016 12:09:18	Lucenir Mendes Furtado Medeiros	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia.pdf	27/12/2015 08:19:10	Lucenir Mendes Furtado Medeiros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_CEP.pdf	27/12/2015 08:12:44	Lucenir Mendes Furtado Medeiros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Onus.pdf	27/12/2015 08:11:44	Lucenir Mendes Furtado Medeiros	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Lucenir.pdf	27/12/2015 07:56:39	Lucenir Mendes Furtado Medeiros	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	22/12/2015 23:42:10	Lucenir Mendes Furtado Medeiros	Aceito

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENÇÃO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafael@pescoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 1.437.679

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22/12/2015 23:37:32	Lucentir Mendes Furtado Medeiros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/12/2015 23:34:09	Lucentir Mendes Furtado Medeiros	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

REDENCAO, 04 de Março de 2016

Assinado por:
Rafaelia Pessoa Moreira
(Coordenador)

Endereço: Avenida da Abolição, 5
Bairro: Centro Redenção CEP: 62.790-000
UF: CE Município: REDENCAO
Telefone: (85)3332-1381 E-mail: rafaeliapessoa@unilab.edu.br