



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E
ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



ELAINY FABRÍCIA GALDINO DANTAS MALTA

**FATORES RELACIONADOS À PRÁTICA INADEQUADA DO EXAME
PAPANICOLAOU POR MULHERES DO INTERIOR DO CEARÁ**

FORTALEZA

2014

ELAINY FABRÍCIA GALDINO DANTAS MALTA

FATORES RELACIONADOS À PRÁTICA INADEQUADA DO EXAME
PAPANICOLAOU POR MULHERES DO INTERIOR DO 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^a Fabiane do Amaral Gubert

FORTALEZA

2014

ELAINY FABRÍCIA GALDINO DANTAS MALTA

FATORES RELACIONADOS À PRÁTICA INADEQUADA DO EXAME
PAPANICOLAOU POR MULHERES DO INTERIOR DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra^a Fabiane do Amaral Gubert (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dr^a Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dr^a Emília Soares Chaves

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof^a Dr^a Mariana Cavalcante Martins

Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus,
à minha família,
ao Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus e ao Mestre do amor Jesus, que pela misericórdia infinita, instrumentalizaram-me para mais uma conquista.

À Nossa Senhora da Conceição, santa de minha devoção, pela intercessão e iluminação dos meus passos nesta caminhada.

Aos meus pais, por todo o amor, compreensão, dedicação e esforço contínuo para concretização da minha educação; em especial à minha, por ser a companheira de vida que a divindade me presenteou.

Ao meu irmão Evson e sua linda família, pelo carinho e incentivo para essa conquista; assim como à minha irmã amada e inesquecível Eveline, que apesar de não estar mais em nossa convivência, acompanha-me espiritualmente. Sinto-a viva em meu coração e entre nós.

Ao meu marido Alberto, materialização da misericórdia de Deus em minha vida e exemplo de homem verdadeiramente dedicado à família, por seu amor, companheirismo, carinho, amizade, atenção e incentivos diários para cada conquista minha.

À minha amada filha Yngrid, meu maior tesouro, pelo amor, carinho e compreensão das minhas ausências necessárias para o cumprimento das etapas desta conquista.

À minha orientadora Dr^a Fabiane do Amaral Gubert, por toda a amizade, confiança, compreensão, incentivo e crença nos meus potenciais.

Às professoras Dr^a Camila Vasconcelos e Dr^a Emília Chaves da UFC, pela disponibilidade e orientações valiosas para o melhoramento do projeto deste trabalho.

Aos queridos e inesquecíveis amigos mestrandos, por todos os nossos momentos de apoio, gargalhadas, trocas de aprendizado durante a jornada desta conquista.

Às queridas amigas de mestrado e de viagem: Rejane, Ana Paula, Danielle e Sandra, pelo apoio, incentivo, trocas de experiências e alegria a cada encontro nosso.

A todos os amigos queridos que direta ou indiretamente me incentivaram e ajudaram durante todas as etapas do curso.

À Secretaria e Saúde de Juazeiro do Norte-CE e aos enfermeiros das equipes da Estratégia Saúde da Família, pelo apoio para a realização desta pesquisa.

À toda equipe de coordenação, facilitadores e colaboradores desse mestrado profissional em Saúde da Família, por toda a determinação e dedicação a um projeto desafiador.

À RENASF/ FIOCRUZ/ UFC por oportunizar importantes aprendizados a partir de um mestrado profissional operacionalizado através de metodologias de ensino inovadoras.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.

(Chico Xavier)

RESUMO

No Brasil, o exame citológico de Papanicolaou é a principal estratégia recomendada para a prevenção do câncer de colo do útero (CCU), orientado para as mulheres de 25 a 64 anos, realizado a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. Esta pesquisa objetivou identificar os fatores relacionados com a prática inadequada do exame Papanicolaou pelas mulheres em um município do interior do Ceará. Para tanto, foi realizado um estudo transversal com abordagem quantitativa. A coleta foi no período de junho à outubro de 2013 no distrito sanitário V do município de Juazeiro do Norte-CE. A amostra foi calculada através da fórmula para populações finitas, perfazendo um valor de 240 mulheres, as quais foram incluídas a partir dos seguintes critérios: ter idade compreendida entre 20 e 59 anos; ter iniciado vida sexual e aceitar participar da pesquisa. Eram excluídas aquelas que não estavam em plena condição física ou mental e não estavam na unidade de saúde no momento da coleta de dados. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados, o inquérito domiciliar do tipo Conhecimento, Atitude e Prática, aplicado e posteriormente classificado pela pesquisadora segundo critérios de adequação. Os dados obtidos foram armazenados e analisados pelo software *STATA*, versão 12.0. Os dados evidenciaram que todas as entrevistadas informaram ter ouvido falar do exame Papanicolaou, mas em 72,9% destas o conhecimento foi avaliado como inadequado. A atitude inadequada também apresentou percentuais elevados (73,3%). A prática foi classificada como inadequada em 39,2% da amostra, na qual 13,3% afirmaram nunca ter se submetido ao exame, e 23,6% o realizaram há mais de três anos. Após o teste de *Odds Ratio* ajustado, as seguintes variáveis revelaram relevância estatística para a prática inadequada: idade entre 20 e 29 anos (OR(IC)=2.25), estado civil solteira (OR(IC)=3.18) e conhecimento inadequado (OR(IC)=2.90). As dificuldades encontradas para a realização do exame Papanicolaou na unidade de saúde, as variáveis de maiores percentuais para a prática inadequada foram: falta de material (68,1%), vergonha do profissional (27,6%) e não gostar do profissional que realiza o exame (20,8%). Percebeu-se a partir desta pesquisa, a importância do esclarecimento à população e a comunicação efetiva por parte dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família acerca da problemática relacionada ao CCU e sua prevenção, assim como a garantia e apoio à continuidade do cuidado por parte dos gestores.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Teste de Papanicolaou. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the Pap test is the primary recommended strategy for the prevention of cervical cancer (CCU) cancer, targeted at women 25-64 years old, held every three years after two consecutive normal tests performed a interval of one year. This research aimed to identify the factors related to inadequate practice of Pap smear for women examination on a city in the interior of Ceará. Thus, a cross-sectional study was conducted using a quantitative approach. The collection was from June to October 2013 in the health district V of Juazeiro do Norte-CE. The sample was calculated using the formula for finite populations, totaling a value of 240 women who were included based on the following criteria: age between 20 and 59 years; have initiated sexual life and accepting participate. Excluded were those who were not in full physical or mental condition and were not at the clinic at the time of data collection. Was used as an instrument of data collection, the household survey-type Knowledge, Attitude, Practice, and subsequently applied by the researcher classified according to criteria of adequacy. Data were stored and analyzed using STATA software, version 12.0. The data showed that all respondents reported having heard of the Pap smear, but in 72.9% of the knowledge was assessed as inappropriate. Improper attitude also showed high percentage (73.3%). The practice was classified as inadequate in 39.2% of the sample, in which 13.3% reported never having undergone the examination, and 23.6% have done it for over three years. After the adjusted Odds Ratio test, the following variables showed statistical significance for appropriate practice: age between 20 and 29 years (OR (CI) = 2.25), single marital status (OR (CI) = 3.18) and inadequate knowledge (OR (CI) = 2.90). The difficulties encountered in the realization of the Pap smear in the health unit, the variables of higher percentages for inadequate practice were lack of material (68.1%), shame the professional (27.6%) and not like the professional who performs the examination (20.8%). It was realized from this research, the importance of clarifying the population and effective communication among professionals of the teams of the Family Health Strategy about the issues related to cervical cancer and its prevention, as well as warranty and support continuity of care by managers.

Keywords: Women's health. Papanicolaou Test. Health Knowledge, Attitudes, Practice.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Modelo do plano de amostragem dos distritos e equipes da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte-CE, 2013	34
Quadro 1-	Classificação do conhecimento, atitude e prática relacionados ao exame Papanicolaou segundo critérios utilizados por Brenna <i>et al.</i> , (2001)	36
Quadro 2-	Classificação do conhecimento, atitude e prática segundo critérios utilizados por Vasconcelos, (2012)	36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Distribuição da amostra de acordo com a origem das informações acerca do conhecimento sobre o exame Papanicolaou. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.....	44
Gráfico 2-	Distribuição da amostra segundo a realização do último exame Papanicolaou. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.....	49
Gráfico 3-	Distribuição da amostra segundo os motivos de nunca terem se submetido ao exame Papanicolaou. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013..	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Equipes da Estratégia Saúde da Família da zona urbana, segundo número de mulheres entre 20 e 59 anos e a proporção dessas em relação às entrevistas realizadas. Juazeiro do Norte-CE, 2013.....	34
Tabela 2-	Distribuição da amostra de acordo com o perfil sócio demográfico. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.....	40
Tabela 3-	Distribuição da amostra de acordo com o perfil sexual e reprodutivo. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.....	42
Tabela 4-	Distribuição da amostra de acordo com os dados da avaliação do conhecimento, atitude e prática. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.....	43
Tabela 5-	Distribuição da amostra de acordo com a finalidade do exame Papanicolaou referida pelas participantes. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.....	43
Tabela 6-	Distribuição da amostra de acordo com o conhecimento acerca da periodicidade do exame Papanicolaou. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013	46
Tabela 7-	Distribuição da amostra de acordo com os momentos citados pelas mulheres participantes do estudo para a procura do serviço de saúde para a realização do exame Papanicolaou. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.....	47
Tabela 8-	Distribuição da amostra segundo os motivos para a realização do exame Papanicolaou há mais de três anos. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.....	51
Tabela 9-	Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra em função da classificação inadequada do conhecimento, atitude e prática em relação ao exame de Papanicolaou. Juazeiro do Norte-CE, 2013.....	54
Tabela 10-	Distribuição das variáveis sexuais e reprodutivas da amostra em função da classificação inadequada do conhecimento, atitude e prática em relação ao exame de Papanicolaou. Juazeiro do Norte-CE, 2013.....	55
Tabela 11-	Valores de Odds Ratio (OR) das variáveis de exposição para inadequação da prática do exame Papanicolaou. Juazeiro do Norte – CE, 2013.....	57
Tabela 12-	Distribuição da amostra de mulheres com a prática inadequada do exame Papanicolaou segundo os motivos para a não realização do mesmo na ESF. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.....	59

Tabela 13- Distribuição da amostra de mulheres com prática inadequada do exame Papanicolaou segundo os motivos para o insucesso das tentativas de realização do mesmo na Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.....

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CCU	Câncer de Colo de Útero
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PANAISM	Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PRO-ONCO	Programa de oncologia
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISPACTO	Sistema de Informação dos Indicadores Pactuados da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo geral	20
2.2	Objetivos específicos	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1	Histórico da prevenção do câncer de colo de útero no Brasil	21
3.2	Prevenção do câncer de colo de útero	23
3.3	O exame Papanicolaou	24
3.3.1	<i>A coleta do material para o exame Papanicolaou</i>	25
3.4	A estratégia saúde da família e a prevenção do câncer de colo de útero..	28
4	METODOLOGIA	31
4.1	Tipo de estudo	31
4.2	Período e local do estudo	31
4.3	População e amostra	32
4.4	Coleta de dados	35
4.5	Análise e interpretação dos dados	38
4.6	Aspectos éticos e legais	39
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO	40
5.1	Perfil da amostra	40
5.2	Conhecimento, atitude e prática relacionados ao exame Papanicolaou...	42
5.2.1	<i>Conhecimento</i>	43
5.2.2	<i>Atitude</i>	47
5.2.3	<i>Prática</i>	48
5.3	Conhecimento, atitude e prática e suas variáveis de significância	52
5.4	Dificuldades encontradas para a realização do exame Papanicolaou na ESF	59
6	CONCLUSÕES	63
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS	72
	APÊNDICE B - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO	75
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	76

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIDO.....	78
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	79
ANEXO B - AUTORIZAÇÃO PARA ESTUDO.....	82

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino (CCU) é considerado diferente de outros tipos de neoplasias por apresentar um longo período de evolução. Suas lesões precursoras podem ser detectadas em fase inicial, conferindo-lhe, portanto, um dos mais altos potenciais de prevenção e cura entre todos os tipos de câncer existentes (GAMARRA *et al.*, 2010).

Apesar de ser uma causa de morte evitável quando diagnosticado e tratado precocemente, mundialmente, esse tipo de neoplasia é a segunda malignidade mais comum em mulheres e uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Registros da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que, em 2005, houve mais de 500 mil novos casos de câncer uterino no mundo, dos quais 90% aconteceram nos países em desenvolvimento, levando à morte de 260 mil mulheres (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer — INCA (2008), essa neoplasia se torna evidente na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estágios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é de aproximadamente 49% após cinco anos. Fica evidente que o CCU é uma das mais graves ameaças à vida das mulheres, portanto, um grande problema de saúde pública a ser enfrentado em nível mundial.

No Brasil, ele se apresenta como o segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama, e como a quarta causa de morte de mulheres brasileiras por câncer. Por ano, faz 4.800 vítimas fatais (INCA, 2011a). No ano de 2008, foram estimados 18.680 casos novos (INCA, 2007); 18 por 100.000 mulheres-ano para 2010 (INCA, 2009); e para 2012, foram estimados 17.540 casos (INCA, 2011b).

A estratégia utilizada nas últimas décadas em diversos países para a detecção precoce desse câncer e de suas lesões precursoras é a realização do exame citológico de Papanicolaou.

A disponibilização desse exame é a principal estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde brasileiro para a prevenção do CCU. 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, 2013).

A periodicidade de três anos tem como base a recomendação da OMS e as diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais 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).

A efetividade do processo de detecção e cura do câncer de colo uterino necessita de organização, integralidade e qualidade no programa de rastreamento, bem como o seguimento das pacientes (INCA, 2007). Seguindo esse padrão, evidencia-se uma diminuição da mortalidade por essa doença em torno de 80% (INCA, 2009).

O Brasil tem se empenhado, mostrando esforços no sentido de prevenir essa patologia. Observando o processo histórico, tem sido registrado que, a partir de inúmeras discussões em nível mundial, em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), contendo, em suas bases programáticas, a prevenção dos cânceres do colo do útero e de mama (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009). Posteriormente, esse programa culminou na elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher — Princípios e Diretrizes (PANAISM), em 2004, construída a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa política incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, além disso, busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Também agrega a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2006a), fortalecendo, a partir de então, a atenção básica no cuidado com a mulher, ampliando o acesso e qualificando a atenção clínico-ginecológica na rede SUS (BRASIL, 2004a).

No entanto, apesar das iniciativas e esforços do governo brasileiro, especialmente no sentido de aumentar a cobertura da atenção básica a partir da implantação de equipes da Estratégia Saúde a Família (ESF), observa-se, através de dados, que o percentual de exame Papanicolaou realizado ainda é baixo.

A despeito disso, para a mensuração da realidade, existem parâmetros a serem seguidos. A Organização Mundial da Saúde preconiza uma cobertura do exame Papanicolaou da população-alvo de, no mínimo, 80%. Além disso, tem de garantir o diagnóstico e o tratamento adequados dos casos alterados, só assim será possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

De acordo com resultados do Inquérito Domiciliar realizado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2002-2003, para as 15 capitais analisadas e Distrito Federal, a cobertura estimada do exame Papanicolaou varia entre 74% e 93%. Entretanto o percentual de realização desse exame pelo SUS varia entre 33% e 64% do total, o que, em parte, explica o diagnóstico tardio e a manutenção das taxas de mortalidade, bem como as altas taxas de incidência observadas no Brasil (BRASIL, 2006b).

Dados do MS brasileiro equivalentes no primeiro semestre de 2011 evidenciam que foram realizados mais de 5,6 milhões de exames de citologia ou Papanicolaou. Para o público prioritário, mulheres entre 25 e 64 anos, foram realizadas 4,3 milhões de exames, o que corresponde a 71% da meta (BRASIL, 2011a), ou seja, não conseguiu atingir o que é preconizado.

Analisando de forma regionalizada, estudos realizados concluem que a região Nordeste é onde existe a maior porcentagem de mulheres que nunca fizeram o exame citológico ou daquelas que o fizeram há mais de três anos (BRASIL, 2011a).

No período de 2006 e 2009, apesar do aumento das equipes da ESF, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) evidencia que, no Nordeste, houve uma redução de 8% na cobertura de exames citopatológicos cervicovaginais. No Ceará, a redução foi de 13,8% (BRASIL, 2011b).

Em relação ao município de Juazeiro do Norte, cidade do interior cearense, enquanto profissional efetiva da Estratégia Saúde da Família e coordenadora da Saúde Sexual e Reprodutiva deste município durante os anos 2011 e 2012, percebi que sua realidade corrobora com os dados supracitados. A cidade possui aproximadamente 250 mil habitantes, e, analisando a estrutura da rede de atenção básica à saúde, observa-se que tem sido ampliado o número de equipes. De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a cobertura em janeiro de 2000 era de 19,01%, e passou para 86,96% em julho de 2011 (BRASIL, 2011c).

Apesar dessa considerável ampliação, uma análise do indicador referente ao exame Papanicolaou no período de 2007 a 2011 em Juazeiro do Norte revela que o município ainda não conseguiu garantir proteção mínima às mulheres contra o câncer de colo uterino, pois, de 2007 a 2009, a meta pactuada no SISPACTO foi a razão de 0,3 e o resultado nesses anos foi de 0,2; em 2010 e 2011, foi pactuada a meta de 0,2, e mesmo assim, os resultados declinaram: 0,17 e 0,15 respectivamente (BRASIL, 2011d).

Aumentar a cobertura do exame preventivo de câncer de colo uterino é uma das metas nacionais propostas no plano estratégico para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não

Transmissíveis — DCNT (BRASIL, 2011e). Diante da realidade de Juazeiro do Norte, percebe-se que, apesar da ampliação da rede de atenção básica, e conseqüentemente da oferta de serviços para prevenir o câncer de colo uterino, o número de exames realizados ainda é baixo, conforme indicador de saúde.

Essa constatação provocou-me inquietação e reflexões sobre os sistemas locais de saúde; pois, para que esses possam combater essa iniquidade de gênero, é preciso mais do que organização e oferta de serviço, faz-se necessário construir um olhar ampliado voltado para as percepções de como as mulheres enxergam a doença, a prevenção e o impacto desta na qualidade de vida.

Seguindo essa linha de pensamento, são encontrados na literatura estudos que começaram a ser realizados para avaliar essas percepções femininas. Dentre os artigos, uma pesquisa realizada por Fernandes *et al.* (2009), com 267 mulheres do Rio Grande do Norte, com o objetivo de analisar conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres em relação ao exame citológico de Papanicolaou e a associação entre esses comportamentos e características sociodemográficas evidencia que as principais barreiras relatadas para a realização do exame são o descuido, a falta de solicitação do exame pelo médico, e a vergonha, sugerindo, portanto, que as participantes não estão recebendo informações adequadas sobre o objetivo do exame, suas vantagens e benefícios para a saúde.

Outro 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 colpocitológico 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. A maioria (98,4%) informa ter ouvido falar do exame, porém somente 54,8% sabem que o exame serve para prevenir o CCU; 42,1% relatam que o exame serve para detectar ou prevenir a AIDS. 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.

Segundo o trabalho de Gamarra, Paz e Griep (2005), o conhecimento e a prática do exame de Papanicolaou são adequados para 49,5% e 30,5% das entrevistadas, respectivamente, embora a atitude frente ao exame seja considerada adequada em 80,5% das entrevistadas. A falta de solicitação pelo médico ou por outros profissionais de saúde é mencionada por 58,9% das mulheres como principal motivo para a não realização do exame.

Diante do exposto, fica sedimentado que o comportamento das pessoas no que se refere à questão da saúde é bastante complexo, pois depende de opinião, crenças, atitudes e

valores de cada indivíduo. É preciso construir o cuidado dentro de um contexto de humanização, com a filosofia da promoção da saúde e prevenção de doenças buscando não só o envolvimento dos profissionais da saúde, mas também a coparticipação dos pacientes enquanto protagonistas da própria saúde. Para isso, entretanto, fazem-se necessárias a sensibilidade e a atitude do profissional da saúde no sentido de identificar as potencialidades e especialmente as fragilidades da clientela feminina; e, a partir da identificação, saber intervir de forma coerente e embasada.

Nesse sentido, este estudo tornou-se relevante à medida que buscou identificar os reais fatores que têm levado as mulheres a uma prática inadequada do exame Papanicolaou. A partir dos resultados compilados e analisados, existe a intenção de apresentá-lo aos gestores em um momento oportuno, a fim de propor a elaboração de um planejamento estratégico para implementar ações que possam alcançar as metas previamente estabelecidas e pactuadas pelo município de Juazeiro do Norte, assim contribuindo de forma efetiva na prevenção do câncer de colo do útero no município.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar os fatores relacionados à prática inadequada do exame Papanicolaou em mulheres do interior do Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar o conhecimento, a atitude e a prática do exame Papanicolaou junto às participantes do estudo.
- Identificar as dificuldades encontradas pelas mulheres para a realização do exame Papanicolaou na Estratégia Saúde da Família.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Histórico da prevenção do câncer de colo de útero no Brasil

Medidas de prevenção primária e detecção precoce são estratégias capazes de diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos doentes. Mesmo com essas estratégias sendo implantadas como forma de prevenção e controle de doenças, ainda continua sendo um desafio para os países desenvolvidos a implantação e a prática dessas medidas (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Políticas sociais, tanto no Brasil como em outros países desenvolvidos, buscam a redução de mortes e consequências do câncer de colo de útero através de programas de assistência à mulher.

O processo histórico contido nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero registra que, em 1956, o presidente Juscelino Kubitschek patrocinou a construção do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro, para atender os casos de câncer de mama e aparelho genital feminino. Esse centro, atualmente vinculado ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), foi a primeira iniciativa de dimensão institucional direcionada para o controle do câncer do colo do útero em nosso país (INCA, 2011a).

Outras ações foram alvo de reconhecimento em nível nacional, como a realizada em 1968 por José Aristodemo Pinotti, que iniciou um programa de controle do câncer do colo do útero para a cidade Campinas; e em 1970 por João Sampaio Goes, que iniciou programa semelhante atingindo vários municípios do estado de São Paulo.

O Ministério da Saúde (MS) teve sua primeira ação nacional por meio da Divisão Nacional de Câncer, com o desenvolvimento e a implementação do Programa Nacional de Controle do Câncer entre 1972 e 1975, o qual objetivava enfrentar o câncer em geral, mas deu destaque ao rastreamento do câncer do colo do útero.

A partir de inúmeras discussões mundiais, em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual continha, em suas bases programáticas, a prevenção dos cânceres do colo do útero e de mama (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009). Esse programa foi fundamental para os avanços, pois passou a dar mais importância à saúde da mulher, aumentando a cobertura e a resolutividade dos serviços de saúde (INCA, 2002).

O Programa de Oncologia (PRO-ONCO) foi constituído em 1986, e elaborou o projeto “Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cervicouterino”, identificando as ações necessárias para a expansão do controle dessa neoplasia.

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988 e sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde de 1990, o MS assumiu a coordenação da política de saúde no país. A partir disso, o INCA passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional do câncer, incorporando o PRO-ONCO.

Anos depois, precisamente em 1995, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de um programa amplo visando ao controle do câncer do colo do útero, o qual fosse implantado em todo o Brasil.

Nesse sentido, foi elaborado um estudo piloto que, mais tarde, subsidiaria o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. O projeto-piloto, denominado Viva Mulher, foi implantado entre janeiro de 1997 e junho de 1998 em seis localidades (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e estado de Sergipe). Este, segundo o INCA (2002), pretendeu diminuir a morbimortalidade, as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas pela doença por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e de suas lesões precursoras e do tratamento e reabilitação das mulheres.

A portaria GM/MS nº 3.040/98, de 21 de junho de 1998, instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero. Através da Portaria GM/MS nº 788/99, de 23 de junho de 1999, a coordenação desse programa foi transferida para o INCA. Foi também nesse ano que se instituiu o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) como ferramenta de monitoramento das ações (Portaria nº 408, de 30 de agosto de 1999) (INCA, 2007).

Houve o fortalecimento e a qualificação da rede de Atenção Primária em 2002, e três anos depois, em 2005, foi lançada 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 do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (INCA, 2007).

Em 2006, surgiu o Pacto pela Saúde, e a importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada, pois passou-se a incluir indicadores na pactuação de metas com estados e municípios para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional (BRASIL, 2006c).

A partir de então, a preocupação e a responsabilidade dos gestores das três esferas de governo passaram a ser constantes; a prevenção e o controle do câncer de colo de útero

começaram a ser priorizados, e muitas das ações passaram a ser executadas na Atenção Primária à Saúde (APS), através da Estratégia Saúde da Família (ESF) — principal iniciativa do governo brasileiro para fortalecer a APS e também para reorganizar o modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2006d).

3.2 Prevenção do câncer de colo de útero

Prevenir refere-se a um conjunto de ações para diminuir ou erradicar a exposição de um determinado ser humano a fatores que desencadeiam as chances de desenvolver uma doença específica ou sofrer um determinado agravo, evidenciado como fatores de risco (INCA, 2011).

A prevenção primária é a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento da doença em si. Inclui promoção da saúde e proteção específica (ex.: imunização, orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade) (BRASIL, 2010). No que concerne ao câncer de colo de útero, a prevenção primária está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo Papilomavírus humano (HPV) (BRASIL, 2013).

Segundo Domingos *et al.* (2007), 90% dos casos de CCU se dão por infecção do vírus HPV. Baseando-se nessa estatística, a principal estratégia para a prevenção primária da doença é a adesão ao uso direto da camisinha (masculina ou feminina) durante as relações sexuais.

As vacinas profiláticas contra o HPV também trouxeram a possibilidade de ações nesse mesmo nível. Essa é uma estratégia recente, utilizada em alguns países a partir da aprovação, em junho de 2006, da vacina quadrivalente pelo *Food and Drug Administration* (FDA), órgão americano responsável pela regulamentação de alimentos e drogas (BORSATTO; VIDAL; ROCHA, 2011). No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou a sua comercialização (INCA, 2009), e ela está sendo incorporada no Programa Nacional de Imunização no ano de 2014.

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. Ambas são eficazes contra as lesões precursoras do câncer do colo do útero, principalmente se utilizadas antes do contato com o vírus (BRASIL, 2013).

A prevenção secundária é a ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo (ex.: diagnóstico precoce e rastreamento) (BRASIL, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007), no diagnóstico precoce, deve ser feita a abordagem de indivíduos com sinais e/ou sintomas da doença, e no rastreamento é feita a aplicação de um teste ou exame em uma população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões precursoras ou sugestivas de câncer e encaminhá-las para investigação e tratamento.

3.3 O exame Papanicolaou

A estratégia utilizada nas últimas décadas em diversos países para a detecção precoce deste câncer e de suas lesões precursoras é a realização do exame citológico de Papanicolaou, que, por ser uma técnica de alta eficácia, baixo custo e indolor, é considerada ideal para alcançar o objetivo proposto. Para a OMS, a realização periódica do referido exame continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80%, e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o Papanicolaou foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

No Brasil, essa estratégia tem sido recomendada pelo Ministério da Saúde. Anteriormente, devia ser oferecida às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos; atualmente, deve-se seguir as seguintes recomendações (BRASIL, 2013):

- O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual.

- O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual, devendo seguir até os 64 anos e ser interrompida quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.

- Para as mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

É importante salientar que essas recomendações não devem ser aplicadas a mulheres com histórias anteriores de lesões uterinas.

A repetição do exame em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento (INCA, 2011a). O período de três anos é recomendado pela OMS e pelas diretrizes da maioria dos países com programa de rastreamento organizado. Tais 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).

A priorização da faixa etária recomendada como a população-alvo do Programa justifica-se por ser a de maior ocorrência das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas efetivamente para não evoluírem para o câncer. Segundo a OMS, a incidência desse câncer aumenta nas mulheres entre 30 e 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta décadas de vida. Antes dos 25 anos, prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. Após os 65 anos, por outro lado, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dada a sua lenta evolução (INCA, 2007). De qualquer forma, mesmo em países com população de alta longevidade, não há dados objetivos de que o rastreamento seja útil após os 65 anos (SASIENI; CASTAÑON; CUZICK, 2010).

3.3.1 A coleta do material para o exame Papanicolaou

A realização do Papanicolaou deve ocorrer na própria unidade básica de saúde, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para esse fim.

A qualidade desse exame e o conseqüente sucesso do rastreamento dependem da coleta, do acondicionamento e do transporte das amostras, as quais devem ser conduzidas de forma adequada.

Um esfregaço satisfatório para avaliação oncótica implica a presença de células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas. É considerada insatisfatória a amostra cuja leitura esteja prejudicada por material acelular ou hipocelular (<10% do esfregaço) ou pela presença significativa de sangue, piócitos, artefatos de dessecação,

contaminantes externos ou intensa superposição celular (>75% do esfregaço) (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde recomenda os seguintes cuidados previamente à coleta, os quais devem ser esclarecidos às mulheres a fim de atender a adequabilidade do material a ser colhido (BRASIL, 2013):

- A utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais deve ser evitada por 48 horas antes da coleta, pois essas substâncias recobrem os elementos celulares, dificultando a avaliação microscópica, e prejudicando a qualidade da amostra para o exame citopatológico.
- A realização de exames intravaginais, como a ultrassonografia, também deve ser evitada nas 48 horas anteriores à coleta, pois é utilizado gel para a introdução do transdutor.
- O exame não deve ser feito no período menstrual, pois a presença de sangue pode prejudicar o diagnóstico citopatológico. Deve-se aguardar o quinto dia após o término da menstruação.
- Embora usual, a recomendação de abstinência sexual prévia ao exame só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificante ou espermicidas. Na prática, a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica.

De acordo com Dezem e Sampar (2006), durante a consulta ginecológica, o profissional deve explicar a mulher quais os procedimentos necessários para realizar o exame, além de respeitá-la e abordá-la integralmente.

De início, para proceder à coleta de material para o exame, é necessário preencher adequadamente o formulário de requisição do exame citopatológico, com uso de letras legíveis e com todas as informações pessoais da paciente e da unidade de saúde, que são fundamentais durante a consulta ginecológica, para a realização do exame (INCA, 2002).

Os materiais necessários para a coleta de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) são:

- Espéculos de tamanhos variados, preferencialmente descartáveis; se instrumental metálico, deve ser esterilizado de acordo com as normas vigentes.
- Balde com solução desincrostante em caso de instrumental não descartável.
- Lâminas de vidro com extremidade fosca.
- Espátula de Ayre.
- Escova endocervical.

- Par de luvas descartáveis.
- Pinça de Cherron.
- Solução fixadora, álcool a 96% ou *spray* de polietilenoglicol.
- Gaze.
- Recipiente para acondicionamento das lâminas mais adequado para o tipo de solução fixadora adotada pela unidade, tais como: frasco porta-lâmina, tipo tubete, ou caixa de madeira ou plástica para transporte de lâminas.
- Formulários de requisição do exame citopatológico.
- Fita adesiva de papel para a identificação dos frascos.
- Lápis grafite ou preto nº 2.
- Avental ou camisola, preferencialmente descartáveis. Caso sejam reutilizáveis, devem ser encaminhados à rouparia para lavagem, segundo rotina da unidade básica de saúde.
- Lençóis, preferencialmente descartáveis. Caso sejam reutilizáveis, devem ser encaminhados à rouparia para lavagem.

Sobre o procedimento de coleta, segundo o Ministério da Saúde, orienta-se inicialmente o exame físico da genitália externa, e em seguida a realização da coleta mediante a inserção do espécuro vaginal e retirada do material da ectocérvice e endocérvice em lâmina única. A amostra de fundo de saco vaginal não é recomendada, pois o material coletado é de baixa qualidade para o diagnóstico oncótico. Ao término do procedimento, retira-se o espécuro e as luvas; auxilia-se a mulher a descer da mesa; solicita-se que ela troque de roupa, e a informa sobre a possibilidade de um pequeno sangramento que poderá ocorrer depois da coleta, tranquilizando-a de que cessará sozinho; enfatiza, ainda, a importância do retorno para o resultado, e que, ela, se possível, agende-o conforme rotina da unidade básica de saúde. O material deve, então, ser enviado para o laboratório juntamente com o formulário de requisição (BRASIL, 2013).

A medicina baseada em evidências, designação atribuída à atividade que avalia cientificamente a eficácia e efetividade das intervenções em saúde, mostra que algumas práticas tradicionalmente aceitas e que, a princípio, fazem sentido para os profissionais, têm pouco impacto em termos de resultados sobre a morbidade e a mortalidade. Nesse sentido, as pesquisas apontam que a utilização do lugol e ácido acético no rastreamento de câncer de colo de útero por meio do Papanicolaou são desnecessários, visto que o padrão-ouro é a avaliação citopatológica do material colhido. Esses mesmos produtos são utilizados em outros cenários

com propriedade, por exemplo, no caso da colposcopia, para auxiliar a identificação de lesões suspeitas (BRASIL, 2010).

3.4 A Estratégia Saúde da Família e a prevenção do câncer de colo de útero

No Brasil, a Atenção Básica de Saúde é definida como um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde nas dimensões coletiva e individual, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, executadas por meio de atividades gerenciais e sanitárias participativas e democráticas, trabalho em equipe, responsabilização sanitária, base territorial e resolução dos problemas de saúde mais frequentes e relevantes em determinado contexto (BRASIL, 2011e).

A Estratégia Saúde da Família foi instituída para fortalecer a Atenção Básica de Saúde e reorganizar o modelo de atenção à saúde, e incorporou como uma de suas diretrizes a definição de porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, aliada ao desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, formação de equipe multiprofissional, maior participação social e intersetorialidade (BRASIL, 2006d).

Para operacionalização da Atenção Básica, a ESF deve atuar nas seguintes áreas estratégicas: eliminação da hanseníase; controle da tuberculose; controle da hipertensão arterial; controle do diabetes mellitus; eliminação da desnutrição infantil; saúde da criança; saúde da mulher; saúde do idoso; saúde bucal e promoção da saúde. Para tanto, deve ser constituída uma equipe multiprofissional composta por: médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo acrescentar a essa composição os profissionais de saúde bucal: dentista, auxiliar/técnico de higiene dental. A equipe deve planejar e executar, dentro do território sob sua responsabilidade, atividades que contemplem essas referidas áreas (BRASIL, 2011e).

No que concerne à área relacionada à saúde da mulher, os profissionais de saúde precisam ser dotados de atitudes proativas, estimulando a adesão pela mulher desde as ações preventivas relacionadas aos cânceres de colo uterino e de mama até o tratamento da doença. Para isso, é necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades de saúde (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, muitas ações de prevenção e controle do câncer de colo de útero devem ser executadas nesse nível de atenção, desde aquelas voltadas para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), até as dirigidas para a detecção precoce do câncer (INCA, 2011c).

Dentre as ações voltadas para a detecção precoce do CCU, são relacionadas as seguintes, as quais devem ser executadas pelas equipes da ESF dentro do seu território de atuação (INCA, 2011c):

- Informação e esclarecimento da população sobre o rastreamento do CCU.
- Identificação da população feminina na faixa etária prioritária (25-64 anos).
- Identificação de mulheres com risco aumentado para desenvolver CCU.
- Convocação das mulheres para exame Papanicolaou.
- Realização do exame.
- Identificação de faltosas e reconvocação.
- Recebimento dos laudos dos exames.
- Identificação das mulheres com resultados positivos ao rastreamento para vigilância do caso.
- Orientação e encaminhamento das mulheres para unidade secundária.
- Vigilância dos casos encaminhados para confirmação diagnóstica e tratamento.
- Avaliação da cobertura de citologia na área.
- Avaliação da qualidade da coleta e supervisão dos técnicos para coleta.
- Planejamento e execução de ações em sua área adscrita para a melhoria da cobertura do exame.
- Oferecimento de suporte a pacientes em tratamento do CCU.

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde têm revelado que, para o público prioritário, mulheres entre 25 e 64 anos, foram realizados 4,3 milhões de exames, o que corresponde a 71% da meta, ou seja, não se conseguiu atingir o que é preconizado. No Ceará, a redução foi de 13,8%, apesar do aumento da cobertura das equipes da ESF (BRASIL, 2011a).

Corroborando com esses dados, um estudo realizado por Hackenhaar, Cesar e Domingues (2006), mostra que, de 1.404 mulheres na cidade de Pelotas-RS que já haviam iniciado vida sexual, 62,4% nunca realizaram o exame Papanicolaou. A pesquisa de Ferreira (2009) aponta que as mulheres demonstraram desconhecimento do câncer, da técnica e da importância do citológico; algumas, segundo Gomes, Bispo e Santos (2008), procuram as unidades de saúde quando estão com alguma sintomatologia ginecológica.

Esses dados mostram que, mesmo diante de investimentos na Atenção Básica com o intuito de aumentar a cobertura da ESF, ainda há fragilidades no sistema, e que novos olhares precisam ser desenvolvidos. É de vital importância que os gestores possam dar o suporte necessário para a execução das atividades pelas equipes da ESF, e os profissionais devem ser mais atuantes e conhecedores das suas reais atribuições, buscando criar vínculo com a comunidade a fim de conhecê-la efetivamente, e instigar a autonomia dos sujeitos para que esses possam ser coparticipantes e corresponsáveis pelo processo saúde-doença.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo transversal baseado em inquérito domiciliar do tipo Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), com abordagem quantitativa.

Os inquéritos sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) são utilizados com a justificativa de 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 ela pensa e como ela atua frente a um tema, identificando possíveis caminhos para futuras intervenções mais eficazes (BRASIL, 2002).

De acordo com Marinho *et al* (2003), o consenso sobre os conceitos de conhecimento, atitude e prática culminou 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, dirigidos 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 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 que são reunidas de forma quantitativa, isto é, informação numérica que resulta de mensuração formal e que é analisada com procedimentos estatísticos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

4.2 Período e local do estudo

A coleta do estudo foi realizada no período de junho a outubro de 2013, no distrito sanitário V do município de Juazeiro do Norte - CE.

A referida cidade localiza-se na região metropolitana do Cariri, no sul do estado do Ceará, a 538,4 km distantes da capital do estado, Fortaleza, tendo como vias de acesso a BR-116 e as CE-060 e 096. É equidistante das principais capitais da região Nordeste. Limita-se

ao norte com o município de Caririaçu; ao sul com os municípios de Crato, Barbalha e Missão Velha; ao leste com os municípios de Missão Velha e Caririaçu e ao oeste, com o município do Crato. A sede do município possui área estimada de 141 km², correspondendo a 60% da área total (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009).

De acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), Juazeiro do Norte possui uma população estimada de 254.320 habitantes, sendo 52,8% (134.405 habitantes) do sexo feminino, e 47,1% (119.915 habitantes) do sexo masculino. O município tem uma concentração urbana em torno de 95%, com crescimento populacional médio nas contagens populacionais em torno de 8 a 12%.

No que concerne à questão da saúde, Juazeiro do Norte possui a sua divisão territorial distribuída em cinco distritos sanitários, e neles estão inseridas 64 equipes da Estratégia Saúde da Família.

O distrito sanitário V possui doze equipes da ESF, sendo três pertencentes à zona rural, e nove à zona urbana, totalizando, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, uma população de 41.797 pessoas (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2012). Todas estas disponibilizam o exame Papanicolaou em um expediente semanal. Algumas organizam a demanda através de agendamento, e outras a partir da distribuição de fichas no dia específico do exame.

Levando em consideração a pactuação do SISPACTO com meta de 0,2 em 2011 para o indicador de saúde “razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos”, o distrito V, segundo análise de indicadores do ano de 2011 e primeiro semestre de 2012, atingiu a menor meta dentre os cinco distritos sanitários: 0,01, sendo este, portanto, o motivo da seleção do local para a realização do estudo.

4.3 População e amostra

O SIAB é o Sistema de Informação da Atenção Básica, idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2000).

Os dados são gerados através de fichas de coleta, e grande parte desses dados são agregados e consolidados antes de serem lançados no programa informatizado. Uma vez processados os dados, são produzidos os relatórios de indicadores do SIAB (BRASIL, 2005).

Observando o consolidado das famílias cadastradas colhido através da ficha A do referido sistema, percebeu-se que há uma distribuição da população por sexo e faixa etária, e esta última está dividida da seguinte maneira: <1ano, 1 a 4 anos, 5 a 6 anos, 7 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e >60 anos.

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, a faixa etária recomendada para a realização do exame Papanicolaou é a de 25 a 64 anos e em mulheres que já tiveram atividade sexual (BRASIL, 2013).

Voltando-se para a divisão da faixa etária do SIAB, observou-se que não existe a estratificação de faixa etária preconizada para a realização do exame supracitado, e como se fez necessário o relatório de tal sistema de informação para quantificar a população e a amostra deste estudo, foi considerada a faixa etária das mulheres a partir de 20 anos de idade.

Diante de tais afirmações, a população deste estudo foi composta por mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, residentes nas áreas urbanas do distrito sanitário V de Juazeiro do Norte-CE, totalizando 10.158 mulheres.

Para que a amostra fosse considerada significativa, foi realizado o cálculo amostral utilizando a fórmula para estudos transversais com populações finitas, descrita abaixo:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2 (N-1) + Z\alpha^2 P \cdot Q}$$

Onde:

n: tamanho da amostra

Z α : nível de confiança

P: prevalência do fenômeno

Q: 1-P

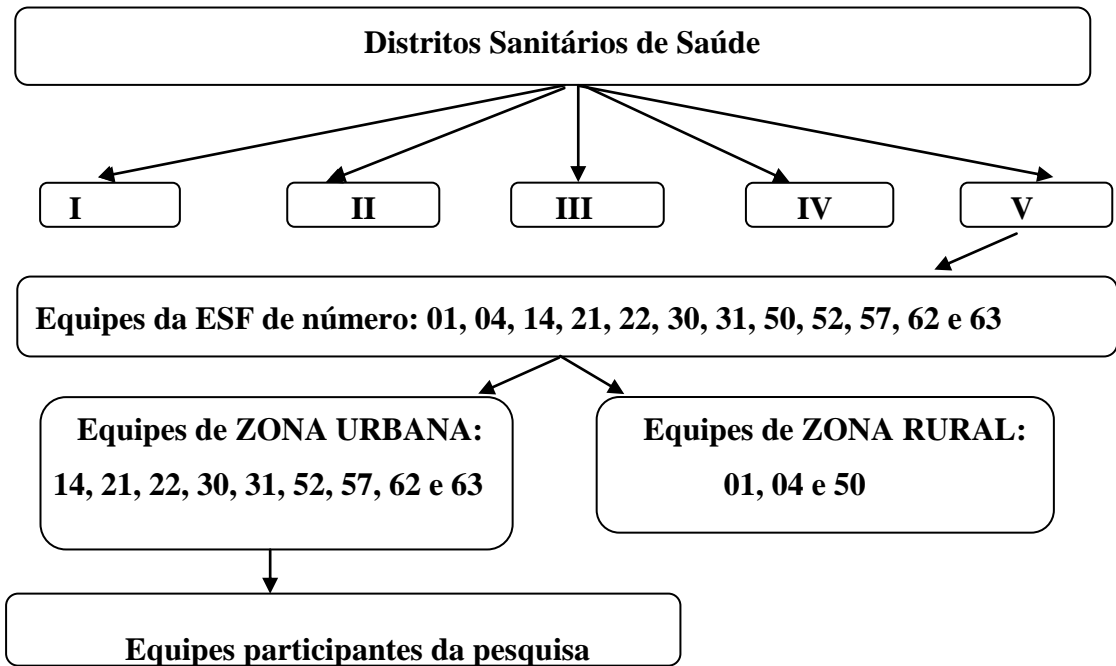
N: população

e: erro amostral

Tendo como variável de desfecho a prática inadequada ao exame Papanicolaou, e levando em consideração a pactuação do município de 0,2 para o indicador relacionado ao referido exame, adotaram-se os seguintes valores: **Z α =95%**, **P=20%**, **Q=80%**, **N=10.158**, **e=0,05**. Assim, mediante a substituição desses valores na referida fórmula, a amostra foi estimada em 240 mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos cadastradas no SIAB e acompanhadas pelas equipes de zona urbana do referido distrito.

Para a distribuição da amostra, inicialmente foi feita a identificação das equipes do distrito sanitário V, separando as de zona urbana, as quais seriam visitadas pela pesquisadora (Figura 1).

Figura 1 - Modelo do plano de amostragem dos distritos e equipes da Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte-CE, 2013.



Fonte: Direta

Posteriormente, foram registrados os números de mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos das respectivas equipes a serem visitadas, e feito o cálculo de proporção de participantes para cada equipe, como evidenciado na Tabela 1.

Tabela 1 - Equipes da Estratégia Saúde da Família da zona urbana, segundo número de mulheres entre 20 e 59 anos e a proporção dessas a serem entrevistadas. Juazeiro do Norte-CE, 2013.

Equipes da ESF do distrito sanitário V sorteadas	Número de mulheres na faixa etária entre 20 e 59 anos	Número de mulheres a serem entrevistadas
14	923	22
21	1479	35
22	1530	36
30	1346	32
31	1416	33
52	1092	26
57	1281	30
62	710	17
63	381	9
TOTAL	10.158	240

Fonte: Direta

Para as mulheres participarem desta pesquisa, foram considerados os seguintes critérios:

De inclusão:

- Ter idade compreendida entre 20 e 59 anos.
- Ter iniciado vida sexual.
- Aceitar participar da pesquisa.

De exclusão:

- Não estar em plena condição física ou mental.
- Não estar na unidade de saúde no momento da coleta de dados.

4.4 Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas por meio do inquérito CAP (**APÊNDICE A**), instrumento de coleta composto por três partes: 1- Caracterização sociodemográfica e história sexual e reprodutiva das mulheres; 2- Avaliação do conhecimento, atitude e prática relacionados a exame Papanicolaou; 3- Identificação das dificuldades para realizar o exame Papanicolaou na ESF. Para tal, foi adaptado o modelo do instrumento adotado na investigação de Vasconcelos (2012).

O teste-piloto foi realizado com as mulheres da equipe de limpeza da instituição de ensino superior na qual a pesquisadora leciona, localizada no distrito sanitário I. Após o resultado do referido teste e ajustes realizados no formulário de entrevista, iniciou-se a coleta nas unidades de saúde, contactando-se antecipadamente os enfermeiros responsáveis por tais unidades para que fossem apresentados dados da pesquisa que seria desenvolvida; e solicitando-se o cronograma de atendimento da equipe, o qual serviu de base para a organização do cronograma de visitas às unidades e de esclarecimento às mulheres sobre o dia do exame na unidade.

Na coleta de dados, as mulheres foram abordadas de forma individual e reservada para receberem informações da pesquisa e participarem da entrevista, a qual possuía duração máxima de vinte minutos. Ao final, as participantes receberam orientações sobre os dias de realização do exame Papanicolaou naquela unidade, e na existência de dúvidas sobre tal exame, estas foram dirimidas.

Após aplicação dos formulários, o conhecimento, a atitude e a prática sobre o exame de Papanicolaou foram classificados pela pesquisadora, utilizando uma adaptação dos critérios adotados nos estudos de Brenna *et al* (2001) e Vasconcelos (2012).

Quadro 1 - Classificação do conhecimento, atitude e prática relacionados ao exame Papanicolaou segundo critérios utilizados por Brenna *et al.* (2001).

CONHECIMENTO	
ADEQUADO	INADEQUADO
Quando a mulher já tinha ouvido falar sobre o exame e sabia que era para detectar câncer em geral, ou especificamente de colo uterino.	Quando a mulher nunca tinha ouvido falar do exame ou já tinha ouvido, mas não sabia que era para detectar câncer.
ATITUDE	
Quando a mulher respondeu que realizar o exame de Papanicolaou era necessário.	Quando a mulher respondeu que realizar o exame de Papanicolaou era pouco necessário, desnecessário ou não tinha opinião sobre a necessidade.
PRÁTICA	
Quando a mulher realizou seu último exame preventivo no máximo há três anos.	Quando a mulher tinha feito o último exame há mais de três anos ou nunca tinha feito.

Fonte: Brenna *et al.* (2001)

Quadro 2 - Classificação do conhecimento, atitude e prática segundo critérios utilizados por Vasconcelos (2012).

CONHECIMENTO	
ADEQUADO	INADEQUADO
Quando a mulher se referiu a já ter ouvido falar sobre o exame, sabia que era para detectar câncer em geral, ou especificamente de colo uterino e sabia citar, pelo menos, dois cuidados necessários que deveria ter antes de realizar o exame.	Quando a mulher nunca tinha ouvido falar do exame ou já tinha 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.

ATITUDE	
Quando a mulher apresentou, como motivo para realizar o exame de Papanicolaou, prevenir o CCU. Quando indicava como motivo o fato de ser um exame de rotina ou o desejo de saber se estava tudo bem com ela, somente era considerada uma atitude adequada quando, concomitantemente, ela tinha conhecimento adequado sobre o exame.	Quando a mulher apresentou outras motivações para a realização do exame que não a prevenção do CCU.
PRÁTICA	
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 buscou marcar consulta para mostrar o resultado do exame.	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 buscou marcar consulta para mostrar o resultado do exame.

Fonte: Vasconcelos (2012).

Neste estudo, **o conhecimento, a atitude e a prática** sobre o exame Papanicolaou foram avaliados e classificados de acordo com os seguintes critérios de adequabilidade:

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 Papanicolau 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 de saúde 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 o 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 exame e/ou não mostrou o resultado do exame para um profissional de saúde.

4.5 Análise e interpretação dos dados

Os dados obtidos foram armazenados e tratados no programa estatístico *STATA*, versão 12.0, a partir do qual foram desenvolvidas as análises descritivas e inferenciais.

Inicialmente foi realizada estatística descritiva de frequência absoluta e relativa, seguindo do teste de Qui-quadrado de Pearson para verificar associações significativas entre as variáveis quando tratadas de forma bivariada, considerando associação significativa quando valor $p \leq 0,05$. Os resultados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos, utilizando para elaboração deste último, o programa Excel 2010.

Após o teste de Qui-quadrado, foi utilizada a técnica de regressão logística multinomial, incluindo as variáveis que apresentaram valor de pelo menos 20% ($p \leq 0,20$) na análise bruta, passando a compor um modelo múltiplo com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) para a construção dos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) para as *odds ratios* (OR), passando a discussão do modelo final ajustado (KLEINBAUM, 2008; HAMILTON, 2012).

4.6 Aspectos éticos e legais

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 prima pelas quatro referências básicas da bioética: autonomia, não maleficência, benevolência e justiça, visando também assegurar os direitos e os deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa e do estado (BRASIL, 2012).

Previamente foi solicitada a anuência por escrito do Secretário Municipal de Saúde (**APÊNDICE B**) para a realização deste estudo. Após a devida autorização (**ANEXO A**), o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará – UFC, sendo aprovado sob o parecer de número 229.552, em 4 de abril de 2013 (**ANEXO B**).

Mediante o deferimento do CEP, a coleta dos dados foi iniciada em campo, na qual todas as mulheres foram informadas sobre os dados inerentes ao estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (**APÊNDICE C**); as que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (**APÊNDICE D**), recebendo, em seguida, uma cópia dele. Foi garantido o anonimato na divulgação das informações e a liberdade de participar ou não do estudo.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

5.1 Perfil da amostra

Durante a pesquisa, os inquéritos CAP foram aplicados em 240 mulheres. Estas estavam inseridas na faixa etária compreendida entre 20 e 59 anos, as quais aguardavam atendimentos diversos nas unidades de saúde. Dentre elas, a maioria apresentou idade entre 20 e 29 anos (32,9%), era casada ou com união estável (76,7%), possuía o ensino fundamental (46,2%), era inserida na religião católica (85,8%), não trabalhava fora de casa (62,5%) e tinha renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (83,3%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com o perfil sociodemográfico. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013. (n=240)

Variável	Classificação	N	%
Idade	Entre 20 e 29 anos	79	32,9
	Entre 30 e 39 anos	71	29,6
	Entre 40 e 49 anos	57	23,8
	Entre 50 e 59 anos	33	13,7
Estado civil	Solteira	20	8,3
	Casada/União estável	184	76,7
	Viúva/Separada	36	15,0
Escolaridade	Analfabeto	11	4,6
	Fundamental	111	46,2
	Médio	89	37,1
	Superior	29	12,1
Religião	Católica	206	85,8
	Evangélica	34	14,2
Trabalha fora de casa	Sim	90	37,5
	Não	150	62,5
Renda Familiar	Menos de 1 salário mínimo	40	16,7
	1 a 2 salários	200	83,3

Fonte: Direta

No fator idade, percebeu-se neste estudo que as mulheres mais jovens têm procurado mais as unidades de saúde; algumas delas interessadas na resolução de problemas de saúde relacionados consigo mesmas, outras em relação ao filho ou a outro familiar.

Enfatizando essa realidade, o estudo de Brenna *et al.* (2001) revela que são as mulheres jovens que têm procurado mais serviços de saúde para resolverem problemas, especialmente os ginecológicos, possivelmente devido a eventos que são mais frequentes nesse grupo etário, como gravidez, necessidade de métodos anticoncepcionais ou tratamento

de leucorreias. Nota-se que as mulheres com idades mais avançadas, especialmente depois da prole constituída e quando esterilizadas, procuram menos os serviços de saúde.

Quanto ao estado civil, o Ministério da Saúde aponta o comportamento sexual como um fator de risco associado ao CCU (BRASIL, 2013). No presente estudo, a maioria das mulheres era casada ou tinha união estável, portanto, seguindo o raciocínio do MS, pode-se inferir que estas apresentavam um comportamento de proteção, visto que possuíam parceiro fixo.

Esse fato é confrontado em um estudo realizado por Bezerra *et al.* (2005), no qual se identificam os fatores de risco para câncer do colo uterino em mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV. Os resultados apontam um expressivo número de mulheres casadas ou em união consensual portadoras de lesões cervicais (60%). Os autores indagam que esse tipo de estado civil expõe as mulheres ao invés de protegê-las de contaminações por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), pois essas, por serem casadas, passam a confiar na fidelidade de seus companheiros e não utilizam nenhum método preventivo.

Outro fato a ser observado está relacionado à escolaridade e renda familiar. Assim como neste estudo, os resultados da pesquisa realizada por Davim *et al.* (2005) também mostram que a maioria das mulheres estudadas possui renda familiar prevalente de dois salários mínimos (56,6%) e nível de escolaridade equivalente ao ensino fundamental (58,3%).

Aponta-se que as mulheres que se enquadram nessa realidade estão mais expostas a um maior risco de morbimortalidade pela pouca instrução acerca dessa moléstia. É importante que procurem efetivamente os serviços de saúde, visto que, segundo estudos de Bezerra *et al.* (2005), e Anjos *et al.* (2010), realmente existe uma relação entre baixos níveis de escolaridade e renda com o risco de acometimento do câncer de colo uterino.

Corroborando com essa informação, os autores Pessini e Siveira (2004) enfatizam em uma pesquisa que os fatores de risco para esse tipo de patologia estão ligados a características de pobreza, desinformação e pouco acesso a controles periódicos. Acredita-se, inclusive, que a incidência dessa doença se tornou alarmante ocasionada pela pouca instrução da população a respeito desse assunto.

Quanto às questões sexuais e reprodutivas, foi revelado que a maior parte das entrevistadas tinha parceiro fixo (87,1%); não usava camisinha (86,7%) nem outro método contraceptivo (73,3%); tinha filhos (86,2%); não teve aborto (70%); não tinha DST (98,3%); não teve problemas no útero (83,8%) nem caso de câncer uterino na família (92,9%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra de acordo com o perfil sexual e reprodutivo. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013. (n=240)

Variável	Classificação	N	%
Parceiro fixo	Sim	209	87,1
	Não tem parceiro	31	12,9
Usa camisinha	Sim	57	23,8
	Não	183	76,3
Uso de outro contraceptivo	Sim	64	26,7
	Não	176	73,3
Tem Filhos	Sim	207	86,2
	Não	33	13,8
Teve aborto	Sim	72	30,0
	Não	168	70,0
Já teve DST	Sim	4	1,7
	Não	236	98,3
Problema no útero	Sim	39	16,2
	Não	201	83,8
Caso de câncer uterino na família	Sim	17	7,1
	Não	223	92,9

Fonte: Direta

Dentre os fatores de risco mais importantes associados ao câncer de colo uterino, está a infecção pelo HPV (BRASIL, 2006a). Diante da referida amostra, chamou a atenção o percentual de mulheres que não utilizavam a camisinha nas relações sexuais, estando expostas, portanto, à contaminação pelo vírus mencionado e, conseqüentemente, ao risco de serem acometidas pelo câncer de colo uterino.

Nesta amostra, pode-se associar essa não utilização do preservativo ao elevado número de mulheres casadas/união estável: por possuírem um parceiro fixo, sentem-se seguras e não vulneráveis a alguma doença, optando, portanto, por não usarem camisinha. Diante da possibilidade de exposição dessas mulheres à contaminação por alguma DST, associada aos percentuais altos de baixas escolaridade e renda encontrados, essas mulheres devem ser vistas com atenção pelos profissionais de saúde.

5.2 Conhecimento, atitude e prática relacionados ao exame Papanicolaou

As informações de cada seguimento do CAP foram classificadas segundo critérios de adequação, sendo observados, portanto, percentuais de inadequação elevados no conhecimento e na atitude (72,9% e 73,3% respectivamente). Na prática, foram revelados menores percentuais de inadequação (39,2%), conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com os dados da avaliação do conhecimento, atitude e prática. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013. (n=240)

Componente	Adequado		Inadequado	
	N	%	N	%
Conhecimento	65	27,1	175	72,9
Atitude	64	26,7	176	73,3
Prática	146	60,8	94	39,2

Fonte: Direta

5.2.1 Conhecimento

No que concerne à questão do conhecimento sobre o exame Papanicolaou, em 72,9% das mulheres entrevistadas, este foi classificado como inadequado (Tabela 4); um valor expressivo e inquietante, visto que todas as participantes da pesquisa eram cadastradas e acompanhadas em unidades da ESF, locais em que os trabalhos desenvolvidos devem enfatizar a promoção da saúde e prevenção de doença a partir, especialmente, da valorização da educação em saúde realizada de forma efetiva.

Todas as entrevistadas informaram ter ouvido falar do exame, porém apenas 14,6% souberam que ele serve para prevenir o câncer de colo uterino; 17,1% delas apontaram que o exame serve para prevenir o câncer, sem especificar exatamente o local. A finalidade mais citada foi detectar DST/HIV (57,5%); e 10,8% das participantes não souberam para que serve o exame (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com a finalidade do exame Papanicolaou referida pelas participantes. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.

Finalidade do exame	N	%
Não sabe	26	10,8
É para prevenir o câncer	41	17,1
É para prevenir o câncer de colo de útero	35	14,6
É para detectar DST/HIV	138	57,5
Total	240	100

Fonte: Direta

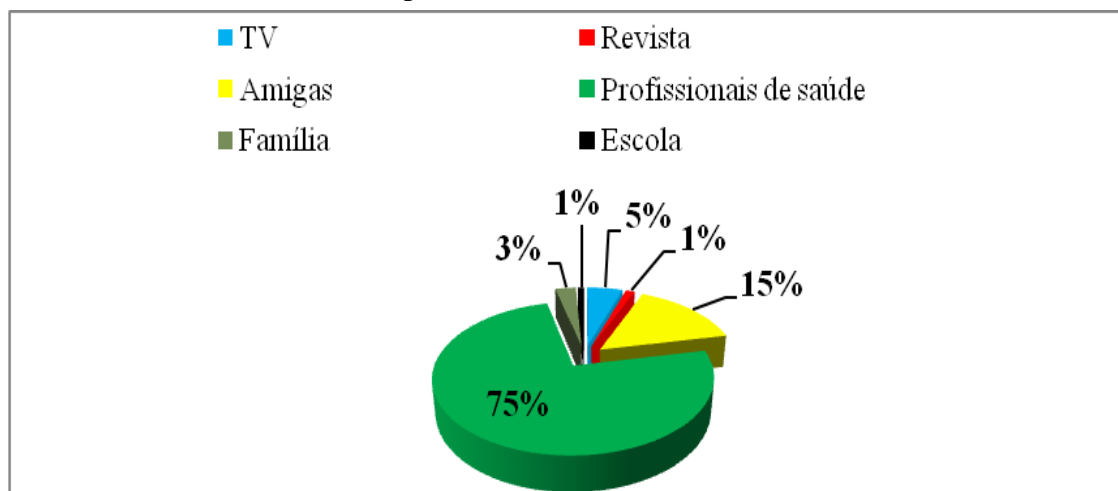
O exame preventivo, embora muitas vezes possa identificar alguns agentes patológicos, sugestivos inclusive de alguma DST, não tem este como seu objetivo, e sim a detecção de possíveis lesões precursoras do câncer do colo uterino (BRASIL, 2006a). Diante dos dados apontados, a maioria das mulheres referiu-se ao fato de que o exame tem por finalidade detectar DST/HIV. Isso revela uma informação deturpada e um problema

sério inerente à percepção dessas mulheres em relação ao próprio exame citopatológico e às formas de transmissão e prevenção da Aids.

Resultados semelhantes a estes são constatados na pesquisa realizada por Vasconcelos *et al.* (2011), na qual são avaliados o conhecimento, a atitude e a prática do exame colpocitológico entre usuárias de uma unidade básica de saúde em Fortaleza - CE; e na de Gamarra, Paz e Griep (2005), que avalia o conhecimento das mulheres argentinas sobre o exame Papanicolaou.

Ao perguntar às mulheres de onde ou de quem elas ouviram falar a respeito do referido exame, 75% delas mencionaram que ouviram falar dos profissionais de saúde; e 15%, das amigas (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com a origem das informações acerca do conhecimento sobre o exame Papanicolaou. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013. (n=240)



Fonte: Direta

Dentre as que não souberam para que serve o exame (n=26) adicionadas às que mencionaram que o exame tem por finalidade detectar DST/HIV (n=138), 73,2% ouviram falar do exame por profissionais de saúde, resultado impressionante e preocupante, visto que a equipe da ESF tem um papel primordial no que concerne à questão educativa.

Nesse ínterim, o INCA orienta que uma das ações voltadas para a detecção precoce do CCU, a qual deve ser executada pelas equipes dentro do seu território de atuação, é a informação e o esclarecimento da população sobre o rastreamento desse tipo de câncer (INCA, 2011a). Entende-se que essa ação também sugere o repasse de informações acerca do exame em si; e todas as orientações repassadas devem ser efetivas, no sentido de mudar percepções e conceitos de um indivíduo.

Esses resultados mostraram a não efetividade das ações educativas realizadas e a falta de avaliação por parte dos profissionais para detecção dessas fragilidades. É necessário fazer planejamentos nos territórios de atuação, baseados em avaliações da realidade, para que as ações sejam executadas de forma mais consistente e proativa.

Algo importante a ser mencionado ainda é que o profissional de saúde precisa ter a consciência de que fazer educação em saúde não é apenas fazer divulgação, transmissão do conhecimento e/ou de informações; é preciso conhecer os saberes populares, a realidade da educação e da cultura local. Além disso, segundo Sacramento (2011), é necessário reforçar a ideia de que a linguagem e/ou metodologia a ser utilizada deve ser suficientemente clara ou adequada para os que procuram os serviços, endossando a premissa de que é necessário conhecer a população.

Essa constatação já vem sendo mencionada há alguns anos, como registrado no manual para operacionalização das ações educativas no SUS do Estado de São Paulo (2001), no qual é pontuado que um dos problemas e desafios encontrados no dia a dia da prática educativa na saúde é a despreocupação com o universo conceitual da população, achando que tudo depende da transmissão do conhecimento técnico; por isso a importância da troca entre profissionais de saúde e comunidade, extinguindo, portanto, a transmissão vertical dos conhecimentos.

É imprescindível refletir, além disso, que essa prática é a reprodução do modelo que privilegia o tecnicismo sem explorar a característica humana da comunicação e suas nuances, consequência direta da educação recebida na formação acadêmica, meramente baseada em metodologias passivas, nas quais são transmitidos os conhecimentos de forma vertical.

É imperativo parar e meditar sobre essas questões e buscar novas alternativas, pois o sistema de saúde necessita dessas reflexões e mudanças de atitude. Parte do sucesso da proposta da Atenção Primária está vinculada a uma educação efetiva da população; e segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o amplo acesso das pessoas a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas a cada região deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis do atendimento.

Ainda no quesito conhecimento, foi solicitado às mulheres que citassem pelo menos dois cuidados que devem existir antes da realização do exame. De toda a amostra, 64,6% citaram dois cuidados, 10% apenas um cuidado e 25,4% não souberam citar qualquer cuidado. Dentre os citados, os que se sobressaíram nas respostas foram: não ter relação sexual previamente ao exame e aparar os pelos pubianos/higiene/asseio.

A fim de evitar interferências na coleta e no resultado do exame Papanicolaou, o MS orienta que as mulheres devem realizar alguns cuidados antes de se submeterem a ele, dentre eles: não utilizar duchas ou cremes intravaginais 48 horas antes da coleta, não estar menstruada e realizar higienização íntima (BRASIL, 2006a). Sobre a questão da relação sexual, o MS (BRASIL, 2006a) recomenda 48 horas de abstinência, mas as últimas orientações apontam que, apesar de usual, essa recomendação só é justificada quando são utilizados preservativos com lubrificantes ou espermicidas, pois a presença de espermatozoide não compromete a microscopia (BRASIL, 2013). As mulheres devem estar cientes dessas ações prévias, porém algumas não têm tido o acesso efetivo a essas informações, e acabam, portanto, executando apenas uma das ações sugeridas.

Neste sentido, resultados parecidos com os desta pesquisa são encontrados no estudo de Vasconcelos *et al.* (2011), realizado em Fortaleza - CE, no qual o primeiro cuidado mais citado é a abstinência sexual, seguido de higienização íntima. No estudo de Davim *et al.* (2005), realizado em Natal - RN, objetivando identificar o conhecimento de mulheres quanto à importância e à frequência do exame de Papanicolaou, há resultados que mostram que a abstinência sexual também é o primeiro cuidado mais citado a ser executado pelas mulheres antes da realização do exame preventivo; e o segundo, diferentemente, é não usar medicamento ou cremes vaginais.

No que concerne à questão da periodicidade do exame, 52,9% das entrevistadas mencionaram que o exame preventivo deve ser realizado anualmente (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com o conhecimento acerca da periodicidade do exame Papanicolaou. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.

Intervalo de tempo para realização do exame	N	%
De 6/6 meses	73	30,4
Anualmente	127	52,9
Não sabe	40	16,7
Total	240	100

Fonte: Direta

Segundo recomendações do INCA (2011a), o exame deve ser realizado de três em três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. A repetição em um ano após o primeiro teste tem como objetivo reduzir a possibilidade de um resultado falso-negativo na primeira rodada do rastreamento. Esta recomendação trianual justifica-se pela ausência de

evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que realizado de três anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Nesse ínterim, ao observar a Tabela 6, concluiu-se que nenhuma mulher participante conhece essa recomendação, e devem, portanto, estar se submetendo ao exame sem haver necessidade, sobrecarregando o sistema e levando, por conseguinte, ao aumento irreal dos números equivalentes aos indicadores relacionados ao exame preventivo nas instâncias federal, estadual e municipal.

Mais uma vez são percebidas as fragilidades do sistema de saúde; essas iniciadas localmente, quando não se faz a leitura, interpretação e compreensão dessas nuances, expandindo-se então para as outras instâncias.

5.2.2 Atitude

Em relação à atitude, em 73,3% das participantes do estudo, esta foi considerada inadequada (Tabela 4). Todas apontaram o exame como necessário, mas, observando os momentos citados pelas mulheres para a procura do exame (Tabela 7), 65,8% apontaram que têm procurado o preventivo periodicamente como um exame de rotina, sem especificar a prevenção do CCU como o real objetivo; 14,2% cada vez que apresentarem alguma queixa ginecológica; 10% nem souberam dizer o momento em que se deve procurar o exame; e apenas 10% afirmaram que procuram periodicamente por ser uma prevenção do CCU. Esses dados enfatizaram mais uma vez a falta de conhecimento e a conseqüente atitude equivocada frente ao Papanicolaou.

Tabela 7 - Distribuição da amostra de acordo com os momentos citados pelas mulheres participantes do estudo para a procura do serviço de saúde para a realização do exame Papanicolaou. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.

Momentos em que deve procurar o exame	N	%
Cada vez que estiver com alguma queixa ginecológica	34	14,2
Periodicamente, ainda que esteja sadia, pois o exame é para prevenir o câncer de colo de útero	24	10
Periodicamente, como exame de rotina	158	65,8
Não sabe	24	10
Total	240	100,0

Fonte: Direta

Corroborando com estes resultados, o estudo de Vasconcelos *et al.* (2011) também revela que 10% das mulheres participantes citam a prevenção do CCU como razão para a sua realização do exame, entretanto, o realizado por Gamarra, Paz e Griep (2005), na Argentina, e

Fernandes *et al.* (2009), no Nordeste brasileiro, mostram o contrário: que a maioria (44% e 66,9%, respectivamente) procura para se prevenir do referido tipo de câncer. Talvez os resultados divergentes estejam ligados às variáveis da amostra no momento de cada pesquisa.

Quanto à questão da procura pelo Papanicolaou por apresentar alguma queixa ginecológica, nos resultados desta pesquisa, este foi o segundo motivo mais apontado (14,2%). No estudo de Vasconcelos *et al.* (2011), o percentual é de 42,8%, reforçando os achados da pesquisa de Santos, Fernandes e Cavalcante (2004), na qual é encontrado o valor equivalente a 56,7%. É um fato que exige uma ênfase, pois, se as mulheres se submetem ao exame apresentando alguma colpíte, corrimento ou cervicite, isso poderá prejudicar a qualidade da amostra e a interpretação da citopatologia. Segundo o Ministério da Saúde, nesses casos, é recomendado tratar a mulher e orientá-la a retornar posteriormente para a coleta (BRASIL, 2006b).

É preciso um trabalho mais preciso e efetivo, pois, de uma forma geral, percebeu-se a existência de falhas no processo, no qual as mulheres são informadas sobre o exame e sabem que é necessária a sua realização, mas não sabem exatamente para que serve, qual a real importância enquanto método de triagem de lesões. Talvez os profissionais não estejam efetivamente capacitados e motivados para trabalharem com essa problemática. Necessário se faz uma leitura da realidade por parte dos gestores de saúde, a fim de diagnosticar os problemas e planejar ações mais organizadas, com o objetivo de otimizar todas as atividades e esforços voltados para a prevenção desse tipo de câncer que tanto tem acometido as mulheres.

5.2.3 Prática

Dentre as participantes da pesquisa, embora a adequação da prática tenha se sobressaído em relação às adequações do conhecimento e da atitude, existiram 94 (39,2%) mulheres classificadas com prática inadequada, conforme demonstrado na Tabela 4.

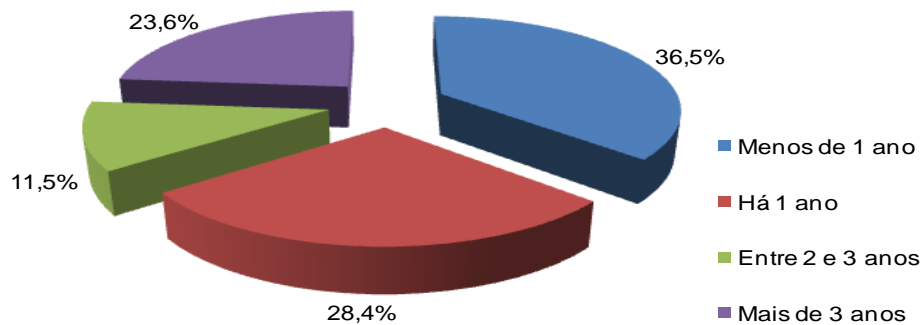
Quando inferidas sobre a realização dessa prática, 208 (86,7%) mulheres afirmaram já ter se submetido ao exame Papanicolaou alguma vez na vida, enquanto que 32 (13,3%) nunca se submeteram.

Dentre as que já realizaram o exame, 76 (36,5%) fizeram-no há menos de um ano, enquanto 49 (23,6%), há mais de três anos (Gráfico 2).

Baseando-se no que é recomendado pelo MS, deduziu-se que aquelas que nunca fizeram o exame e aquelas que já o fizeram há mais de três anos encaixam-se em um grupo de

risco por estarem mais propensas a desenvolverem o CCU, uma vez que suas possíveis lesões não estão sendo rastreadas e cuidadas efetivamente.

Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo a realização do último exame Papanicolaou. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013. (n=208)



Fonte: Direta

Na rotina das unidades de saúde, observam-se mulheres procurando a realização do exame em intervalos curtos, portanto, sendo super-rastreadas; entretanto, existem outras ultrapassando o período recomendado, ficando estas sem a atenção devida.

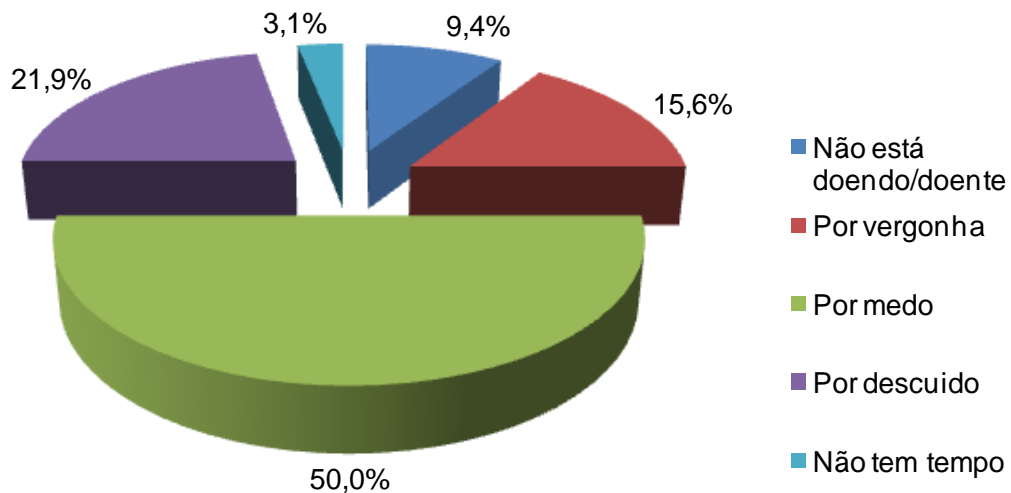
Segundo a Nomenclatura Brasileira de Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas, somente as mulheres que apresentarem alteração e que tenham indicação de controle em intervalo menor é que deveriam realizar o citopatológico em um ano (BRASIL, 2006b). Dados do Ministério da Saúde mostram ainda que no Brasil há resistência entre mulheres e profissionais de saúde quanto à realização do exame seguindo a periodicidade recomendada, sendo o exame anual equivocadamente considerado uma prática mais eficaz e segura. Em 2010, 91% das mulheres informaram ter realizado alguma citologia anterior, das quais, 44% foram coletadas nos últimos 12 meses (BRASIL, 2013).

Tentando compreender os paradigmas dessa prática inadequada, durante esta pesquisa, as mulheres que não têm procurado ou têm procurado com intervalo longo os serviços de saúde para a realização do Papanicolaou foram questionadas sobre os reais motivos que as têm levado a esse comportamento. Dentre aquelas que nunca realizaram o exame, 50% referiram-se ao medo como motivo principal (Gráfico 3).

O medo, segundo Casarin e Piccoli (2011), é um sentimento de inquietação diante de um perigo real ou imaginário. Neste estudo, partindo dessa premissa e do resultado do cruzamento entre as inadequações da prática e do conhecimento — no qual se constatou que 78,9% das mulheres que foram classificadas com a prática inadequada também obtiveram

conhecimento inadequado —, concluiu-se que as mulheres, por não conhecerem o exame e pensando na possibilidade de sentir dor, de descobrir alguma doença, sofrem de forma antecipada, estabelecem em suas mentes essa possibilidade e fogem, decidindo, portanto, não se submeterem ao procedimento.

Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo os motivos de nunca terem se submetido ao exame Papanicolaou. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013. (n=32)



Fonte: Direta

Essa constatação do medo como um dos principais motivos para a não realização do teste de Papanicolaou é revelada também em outras pesquisas, como as de Pinho (2003); Peloso, Carvalho e Higarashi (2004); Davim *et al.* (2005); Oliveira *et al.* (2006); Duavy *et al.* (2007); Ferreira (2009); e Casarin e Piccoli (2011).

Concretizou-se, portanto, a falta ou a imprecisão da informação a respeito do real objetivo do exame, do procedimento de coleta, deixando clara a necessidade de uma intervenção educativa para desmistificar muitos tabus existentes.

A equipe da ESF precisa atentar-se para essa realidade, para que, de alguma forma possa despertar, a partir de discussões e orientações acerca do assunto, a iniciativa do autocuidado pelas mulheres, e essas passem a procurar voluntariamente os serviços de saúde para se submeterem ao exame citológico, exercendo a autonomia no processo do cuidar.

Esse discurso também condiz com os motivos revelados dentre as que realizaram o exame há mais de três anos, das quais 57,1% relacionaram o descuido como razão primordial (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo os motivos para a realização do exame Papanicolaou há mais de três anos. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.

Motivos para não realização do exame	N	%
Por vergonha	5	10,2
Por medo	6	12,2
Por descuido	28	57,1
Não tem tempo	4	8,2
É hysterectomizada, acha que não precisa	6	12,2
Total	49	100

Fonte: Direta

O descuido também pode estar relacionado à informação deturpada ou mesmo à falta desta, e associado a isso pode haver outros fatores, visto que essas mulheres um dia já se submeteram ao exame e não quiseram mais voltar a fazê-lo. Nesse ponto, há uma preocupação maior, pois não se sabe quais são esses outros determinantes.

O estudo realizado por Rafael e De Moura (2010) diz que a sobreposição das atividades laborativas com os cuidados com a família sobrecarrega a mulher, dificultando a realização de práticas de autocuidado. Mas esta ainda pode não ser a justificativa cabível; é imperativa a atenção para essa clientela, no intuito de buscar desvendar as nuances femininas as quais têm levado à não concretude da prevenção.

Nesse sentido, a equipe de saúde, independente de iniciativas gestoras, pode buscar uma atuação mais reflexiva, crítica e incisiva em relação à problemática em questão, tentando ajudar a transformar a realidade interna e externa das mulheres; mas é necessário que se faça um estudo local para detectar o que as tem levado a essa falta de cuidado com a própria saúde.

No tocante ao processo de cuidado integral à mulher, para que este seja executado, só fazer o exame não é suficiente; retornar para pegar o resultado e mostrar ao profissional de saúde também se faz necessário para que orientações e tratamentos necessários possam ser devidamente conduzidos. Portanto as que não fecham esse ciclo podem ser classificadas com prática inadequada e adicionadas ao grupo de risco.

Relacionado a essa questão, dentre as 208 (86,7%) mulheres da pesquisa que fizeram o exame de prevenção alguma vez, 193 (92,7%) retornaram para receber o resultado, enquanto que 15 (7,2%) disseram que não se lembravam dessa informação. Das que retornaram, 13 (6,7%) revelaram não ter mostrado o exame a algum profissional de saúde, seja por causas institucionais (84,6%), seja por causas pessoais (15,4%).

Dentre as causas alegadas, foi unânime nas institucionais a revelação de que os laudos foram perdidos, extraviados, nem chegando às unidades de saúde; ou seja, apesar de terem retornado às unidades, não conseguiram receber o resultado e conseqüentemente nem mostrá-

lo ao profissional. Nas causas pessoais, mencionaram o esquecimento: conseguiram pegar o resultado, mas se esqueceram de mostrar ao profissional.

No motivo institucional, percebeu-se a desorganização na rede de serviços, não se sabendo exatamente o ponto onde tem acontecido o entrave, mas havendo a visível quebra no gerenciamento efetivo do processo de cuidado. De acordo com o Ministério da Saúde, o gerenciamento cuidadoso do programa de rastreamento é essencial para se garantir a qualidade (BRASIL, 2013).

O motivo pessoal poderia ser contornado facilmente, desde que houvesse uma organização interna nas unidades de saúde no sentido de garantir a consulta de retorno a todas as mulheres, otimizando a entrega dos laudos no momento da própria consulta, acionando, quando necessária, a busca ativa através dos agentes comunitários de saúde.

Corroborando com esta pesquisa, o trabalho de Vasconcelos *et al.* (2011) também revela motivos para as mulheres não mostrarem seus resultados aos profissionais, nos quais os institucionais têm prevalecido em relação aos pessoais. Dentre os motivos pessoais, são apontados: comodismo, esquecimento e por estar trabalhando. Nos institucionais: resultado do exame que não estava pronto, greve do posto, não tinha médico, não conseguiu ficha.

5.3 Conhecimento, atitude e prática e suas variáveis de significância

No que concerne à questão estatística, este estudo não apresentou fatores que tiveram relação significativa ($p < 0,05$) simultaneamente com o conhecimento, atitude e prática inadequados (Tabelas 9 e 10).

Em relação ao conhecimento, este apresentou dois fatores sociodemográficos com significância: escolaridade ($p = 0,021$) e não trabalhar fora de casa ($p = 0,004$). A atitude inadequada também revelou estas mesmas variáveis associadas, $p = 0,014$ e $p = 0,003$ respectivamente, além da idade ($p = 0,014$).

É factível e esperado que a aquisição de um conhecimento cientificamente concreto e correto possa instigar um comportamento diferenciado e de cuidado em relação à saúde. Portanto, este achado relacionado à escolaridade é coerente em função de que as mulheres com pouco estudo podem ter menos, nenhuma ou até apresentar informações deturpadas acerca do tema, levando-as à inadequação do conhecimento e conseqüentemente da atitude, haja vista que, se não conhecem o procedimento, também não vão saber qual o momento correto em que devem procurar o serviço de saúde para realizá-lo.

Já em relação às mulheres que não trabalham fora de casa, no intuito de encontrar explicações para o desencadeamento do conhecimento e atitude inadequados, percebeu-se, a partir do banco de dados, que 56% dessas mulheres estudaram até o ensino fundamental, fato que explicou o fenômeno e endossou a questão da escolaridade como fator determinante para essas inadequações.

No estudo de Vasconcelos (2012), a inadequação do conhecimento tem relação estatística com: 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.

Quanto à idade, ao estado civil e à renda, nesta pesquisa, embora as mulheres mais jovens (entre 20 e 29 anos), as casadas/união estável e as com renda de um a dois salários mínimos tenham apresentado maiores proporções de inadequabilidade do conhecimento, essa relação não teve relevância estatística ($p > 0,05$); entretanto, na atitude, a idade se mostrou relevante: nas mulheres mais novas, a inadequação revelou significância ($p = 0,014$).

Na tentativa de justificar a referida inadequação, a partir de uma consulta ao banco de dados, percebeu-se que, dentre essas jovens com atitude inadequada, 53,3% estudaram até o ensino fundamental, enfatizando mais uma vez a escolaridade: esta sendo baixa e associada à deficiência de informação, tem levado às mulheres a procurarem os serviços para a realização do exame citológico por outras causas que não a da prevenção do CCU.

O estudo de Fernandes *et al.* (2001) revela que as mulheres mais velhas têm menor conhecimento sobre a finalidade do exame de Papanicolaou, tem atitude mais desfavorável e não têm realizado o exame nos últimos três anos. Em outra pesquisa, desenvolvida por Oliveira *et al.* (2006), a baixa escolaridade e não morar com o companheiro tem sido uma condição relacionada ao conhecimento inadequado. Na realizada no Rio Grande do Norte, essa inadequação tem relação de significância com: idade menor do que 40 anos, morar em zona rural, baixa escolaridade, ser casada e não utilizar nenhum método contraceptivo (FERNANDES *et al.*, 2009).

Diferentemente, neste estudo, embora o fato de não usar contraceptivo tenha apresentado maiores resultados de inadequação do conhecimento, não houve relação estatística ($p > 0,05$); a variável sexual e reprodutiva que apresentou significância foi a relacionada a problemas no útero: as mulheres que não tiveram algum problema uterino (lesões pré-cancerígenas ou mioma) apresentaram conhecimento deficiente sobre o exame ($p = 0,011$) (Tabela 10). A partir desse dado, presumiu-se que estar com alguma patologia diagnosticada leva à curiosidade e à procura de informação.

Tabela 9 - Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra em função da classificação inadequada do conhecimento, atitude e prática em relação ao exame de Papanicolaou. Juazeiro do Norte-CE, 2013.

Varáveis	Classificação	Conhecimento			Atitude			Prática		
		Inadequado			Inadequada			Inadequada		
		n	%	$\chi^2(p)$	n	%	$\chi^2(p)$	n	%	$\chi^2(p)$
Idade	Entre 20 e 29 anos	65	82,3	7,504(0,057)	67	84,8	10,634(0,014*)	38	48,1	5,348(0,148)
	Entre 30 e 39 anos	46	64,8		45	63,4		25	35,2	
	Entre 40 e 49 anos	43	75,4		43	75,4		17	29,8	
	Entre 50 e 59 anos	21	63,6		21	63,6		14	42,4	
Estado civil	Solteira	14	70,0	3,270(0,195)	14	70,0	3,577(0,167)	12	60,0	8,318(0,017*)
	Casada/União estável	139	75,5		140	76,1		63	34,2	
	Viúva/Separada	22	61,1		22	61,1		19	52,8	
Escolaridade	Analfabeto	8	72,7	9,765(0,021*)	8	72,7	10,629(0,014*)	4	36,4	0,240(0,971)
	Fundamental	89	80,2		90	81,1		42	37,8	
	Médio	63	70,8		63	70,8		36	40,4	
	Superior	15	51,7		15	51,7		12	41,4	
Religião	Católica	152	73,8	0,557(0,455)	154	74,8	1,508(0,219)	77	37,4	1,951(0,162)
	Evangélica	23	67,6		22	64,7		17	50	
Trabalho	Sim	56	62,2	8,340(0,004**)	56	62,2	9,091(0,003**)	34	37,8	0,117(0,733)
	Não	119	79,3		120	80		60	40	
Renda	Menos de 1 salário mínimo	27	67,5	0,713(0,398)	28	70,0	0,273(0,602)	15	37,5	0,056(0,813)
	1 a 2 salários	148	74		148	74,0		79	39,5	

Fonte: Direta

* Associação estatisticamente significativa considerando $p \leq 0,05$

** Associação estatisticamente significativa considerando $p \leq 0,01$

Tabela 10 - Distribuição das variáveis sexuais e reprodutivas da amostra em função da classificação inadequada do conhecimento, atitude e prática em relação ao exame de Papanicolaou. Juazeiro do Norte-CE, 2013.

Varáveis	Classificação	Conhecimento			Atitude			Prática		
		Inadequado			Inadequada			Inadequada		
		N	%	$\chi^2(p)$	n	%	$\chi^2(p)$	n	%	$\chi^2(p)$
Parceiro fixo	Sim	155	74,2	1,272(0,259)	156	74,6	1,415(0,234)	79	37,8	1,270(0,260)
	Não tem parceiro	20	64,5		20	64,5		15	48,4	
Usa camisinha	Sim	41	71,9	0,037(0,848)	41	71,9	0,075(0,784)	24	42,1	0,271(0,603)
	Não	134	73,2		135	73,8		70	38,3	
Método contraceptivo	Sim	51	79,7	2,026(0,155)	51	79,7	1,802(0,179)	29	45,3	1,384(0,240)
	Não	124	70,5		125	71,0		65	36,9	
Filhos	Sim	149	72,0	0,668(0,414)	150	72,5	0,582(0,445)	78	37,7	1,394(0,238)
	Não	26	78,8		26	78,8		16	48,5	
Filhos	De 1 a 3 filhos	49	71,0	0,779(0,855)	50	72,5	1,018(0,797)	28	40,6	2,765(0,429)
	De 4 a 6 filhos	68	73,1		69	74,2		31	33,3	
	7 ou mais filhos	32	71,1		31	68,9		19	42,2	
	Não tem Filhos	26	78,8		26	78,8		16	48,5	
Aborto	Sim	52	72,2	0,025(0,874)	53	73,6	0,004(0,949)	30	41,7	0,270(0,603)
	Não	123	73,2		123	73,2		64	38,1	
Possui alguma DST	Sim	3	75,0	0,009(0,925)	3	75,0	0,006(0,939)	1	25,0	0,343(0,558)
	Não	172	72,9		173	73,3		93	39,4	
Problema no útero/colo uterino	Sim	22	56,4	6,425(0,011)	25	64,1	2,029(0,154)	12	30,8	1,378(0,240)
	Não	153	76,1		151	75,1		82	40,8	
Caso de câncer uterino na família	Sim	12	70,6	0,050(0,823)	12	70,6	0,071(0,791)	3	17,6	3,556(0,059)
	Não	163	73,1		164	73,5		91	40,8	

Fonte: Direta

Quanto à prática, a variável sociodemográfica que mostrou associação significativa foi a relacionada ao estado civil ($p=0,017$), na qual as mulheres solteiras perfizeram um percentual de 60% dentre as mulheres classificadas com prática inadequada.

Para melhor compreender as associações relevantes à prática inadequada, foi feito o *Odds Ratio* (OR) de algumas variáveis, sendo estas selecionadas em função do aporte literário, bem como em função de aspectos biológicos que poderiam justificá-las (Tabela 11).

Dentre as variáveis testadas, as que se apresentaram relevantes foram: idade, estado civil, conhecimento inadequado e atitude inadequada. Posteriormente foi feito outro teste a fim de ajustá-las (OR(IC)[#]). Para tanto, no intuito de buscar mais respostas para a prática inadequada e seguindo as orientações de Kleinbaum (2008) e Hamilton (2012), foram selecionadas as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$. Diante do ajustamento, as que se sobressaíram em termos de significância foram: idade, estado civil e conhecimento inadequado. É importante destacar que a variável “atitude inadequada” foi retirada do modelo final visando manter a significância estatística da variável “conhecimento inadequado”, comprometendo em 0,01% do poder explicativo desta.

Na variável idade, as mulheres entre 20 e 29 anos apresentaram a maior chance (OR(IC)[#] 2,25) de serem classificadas com a prática inadequada em comparação às de 50-59 (OR(IC)[#] 1,69) e as de 30-39 anos (OR(IC)[#] 1,44). Foi apontado entre as participantes na faixa etária entre 40 e 49 anos o menor risco de prática inadequada, assim como revelado na pesquisa de Ramos *et al.* (2006), na qual 49% das mulheres nesta faixa etária realizam o preventivo.

A amostra deste estudo, conforme revelado anteriormente, foi composta por 32,9% de mulheres jovens (20-29 anos), apontando, que nessa faixa etária, há uma procura maior pelos serviços de saúde; todavia estas têm apresentado maior vulnerabilidade ao CCU por conta da inadequação da prática relacionada ao exame; precisam, portanto, da atenção das equipes da ESF, no sentido de conscientizá-las e captá-las para a realização do preventivo.

No estudo de Vasconcelos (2012), a prática inadequada tem relação com os fatores: idade inferior a 36 anos, não ter companheiro fixo, não morar próximo à unidade de saúde e estar realizando o exame pela primeira vez. O de César *et al.* (2003) mostra associação entre a faixa etária menor de 20 anos e a não realização do exame; já no de Gamarra, Paz e Griep (2005), não há evidências da relação da idade com a prática.

Tabela 11- Valores de Odds Ratio (OR) das variáveis de exposição para inadequação da prática do exame Papanicolaou. Juazeiro do Norte – CE, 2013.

Variáveis	Classificação	N	%	X^2 / p	OR(IC)	OR(IC) [#]
Idade	Entre 20 e 29 anos	38	48,1	5,370	<u>2,18(1,06-4,48)</u>	<u>2,25(1,04-4,90)</u>
	Entre 30 e 39 anos	25	35,2	0,146	1,28(0,61-2,70)	1,44(0,65-3,18)
	Entre 40 e 49 anos	17	29,8		1	1
	Entre 50 e 59 anos	14	42,4		1,73(0,71-4,24)	1,69(0,64-4,45)
Estado civil	Solteira	12	60,0	8,160	<u>2,88(1,12-7,41)</u>	<u>3,18(1,16-8,74)</u>
	Casada/União estável	63	34,2	<u>0,017*</u>	1	1
	Viúva/Separada	19	52,8		<u>2,15(1,04-4,12)</u>	<u>2,85(1,27-6,40)</u>
Escolaridade	Analfabeto	4	36,4	0,240	1	-
	Fundamental	42	37,8	0,971	1,06(0,29-3,86)	-
	Médio	36	40,4		1,19(0,32-4,36)	-
	Superior	12	41,4		1,23(0,17-1,95)	-
Religião	católica	77	37,4	1,910	1	1
	evangélica	17	50,0	0,167	1,67(0,81-3,47)	1,82(0,84-3,95)
Parceiro fixo	Sim	79	37,8	1,25	1	-
	Não tem parceiro	15	48,4	0,2641	1,54(0,72-3,29)	-
Usa camisinha	Sim	24	42,1	0,270	1,17(0,64-2,14)	-
	Não	70	38,3	0,604	1	-
Caso de CCU na família	Sim	3	17,6	3,950	1	1
	Não	91	40,8	0,073	3,21(0,90-11,52)	3,75(0,99-14,25)
Método contraceptivo	Sim	29	45,3	1,37	1,41(0,79-2,53)	-
	Não	65	36,9	0,242	1	-
Filhos	Sim	78	37,7	1,370	1	-
	Não	16	48,5	0,242	1,56(0,74-3,26)	-
Filhos	De 1 a 3 filhos	28	40,6	2,760	1,36(0,72-2,60)	-
	De 4 a 6 filhos	31	33,3	0,429	1	-
	7 ou mais filhos	19	42,2		1,46(0,70-3,04)	-
	Não tem Filhos	16	48,5		1,88(0,84-4,22)	-
Aborto	Sim	30	41,7	0,27	1,16(0,66-2,04)	-
	Não	64	38,1	0,604	1	-
Possui alguma DST	Sim	1	25,0	0,360	1	-
	Não	93	39,4	0,546	1,95(0,20-19,04)	-
Problema no útero/colo uterino	Sim	12	30,8	1,410	1	-
	Não	82	40,8	0,234	1,55(0,74-3,24)	-
Conhecimento inadequado	Sim	78	44,6	8,270	<u>2,46(1,30-4,66)</u>	<u>2,90(1,44-5,85)</u>
	Não	16	24,6	<u>0,004*</u>	1	1
Atitude inadequada	Sim	77	43,8	6,040	<u>2,15(1,15-4,04)</u>	Retirado ^{&}
	Não	17	26,6	<u>0,014*</u>	1	-

Fonte: Direta

* Associação estatisticamente significativa considerando $p \leq 0,05$ [#] Modelo ajustado apenas pelas variáveis que apresentaram $p \leq 0,200$ [&] Retirado visando a um melhor ajuste do modelo

Quanto ao estado civil, as solteiras possuíram maior chance de inadequação da prática (OR(IC)[#] 3,18) em detrimento às viúvas/separadas (OR(IC)[#] 2,85). As casadas apresentaram risco mínimo.

O estudo de Bezerra *et al.* (2005) aponta as mulheres casadas como alvo de lesões cervicais. Nesta pesquisa, elas têm procurado se prevenir ou detectar precocemente alguma lesão, mesmo sem a consciência exata desse fato; já as solteiras têm optado por não se prevenirem. As viúvas e separadas também apresentaram chances de inadequação, por isso, mesmo não possuindo vida sexual ativa, devem ser informadas da necessidade da realização do Papanicolaou periodicamente.

Contrapondo-se aos resultados desta pesquisa, no estudo de Gamarra, Paz e Griep (2005), nota-se que, entre as mulheres casadas ou unidas, observa-se menor proporção de prática adequada, ou seja, as casadas não têm realizado o exame preventivo efetivamente.

Em relação à variável conhecimento inadequado, as mulheres com esta classificação apresentaram maior risco de uma prática também inadequada (OR(IC)[#] 2,90).

O conhecimento é a base para a tomada de consciência e para a conseqüente adoção de posturas e comportamentos diferenciados ao longo da vida. Para chegar até ele, faz-se necessário obter informações precisas, concretas e relevantes acerca das mais variadas temáticas existentes. Percebeu-se nesta pesquisa que as mulheres não têm tido acesso às informações contundentes acerca das medidas de prevenção do CCU, instigando-as, portanto, a uma tomada de decisão equivocada acerca do cuidado necessário à própria saúde.

Fortalecendo estes resultados e associações, nos resultados da pesquisa de Oliveira e Almeida (2009), um dos fatores limitantes para a o rastreamento do CCU é o conhecimento das mulheres acerca do exame preventivo; ou seja, as mulheres que não conhecem efetivamente esse teste e sua importância como medida preventiva apresentam dificuldade em procurar realizá-lo.

Desse modo, de acordo com o Ministério da Saúde, para que um programa de rastreamento seja efetivo, é necessário garantir ações para a maioria da população suscetível, caso contrário, não haverá redução nos indicadores de morbimortalidade. Nesse ínterim, um dos aspectos importantes em um programa de rastreamento é a informação. No caso do citopatológico, as mulheres devem receber todas as orientações relacionadas a esse exame: sobre a frequência de rastreamento, sobre os procedimentos, os passos posteriores (recebimento do resultado etc.) (BRASIL, 2010).

É preciso investir no componente educativo relacionado ao combate do CCU. Segundo Vasconcelos (2012), no resultado de sua pesquisa, grande parte da clientela que procura a

unidade de saúde possui fatores de risco para o conhecimento inadequado, o que, por sua vez, é um fator de risco para a prática inadequada do preventivo.

Para tanto, os profissionais devem realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher, e desenvolver atividades educativas, de maneira individual ou coletiva, promovendo a mobilização e a participação da comunidade (BRASIL, 2013).

5.4 Dificuldades encontradas para a realização do exame Papanicolaou na ESF

Nesta pesquisa, as dificuldades inerentes à realização do Papanicolaou na ESF foram verificadas em mulheres classificadas com a prática inadequada, a fim de buscar mais fatores para essa conduta.

Dentre as participantes enquadradas nessa classificação, aparecem 94 (39,2%) mulheres, sendo que 62 (86,7%) já fizeram o exame preventivo alguma vez, e 29 (46,8%) não realizaram o seu último exame na unidade da ESF, apontando como principais motivos: ter vergonha do profissional da ESF (27,6%), e não gostar do profissional que realiza o exame (20,8%) (Tabela 12).

O Ministério da Saúde, ao lançar o Programa Saúde da Família em 1994, propôs uma reorientação do modelo assistencial, partindo da organização da atenção básica, e nesta havendo a criação de vínculos e laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais e usuários do sistema (BRASIL, 1997). A formação desse vínculo deve ocorrer pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde (BRASIL, 2004b).

Tabela 12- Distribuição da amostra de mulheres com a prática inadequada do exame Papanicolaou segundo os motivos para a sua não realização na ESF. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.

Motivos para não realização do exame	N	%
Não gosta do ambiente	0	0,0
Não gosta do profissional que realiza o exame	6	20,8
Na ESF não tinha material	4	13,8
Não tinha vaga	0	0,0
Horário do exame na ESF é incompatível com o do trabalho	0	0,0
Tem vergonha do profissional da ESF	8	27,6
Não tinha profissional para realizar o exame	2	6,9
Não sabia que fazia o exame na ESF	3	10,3
O resultado do exame demora para chegar	0	0,0
Tem plano de saúde	3	10,3
Outros	3	10,3
Total	29	100

Fonte: Direta

Observando os resultados dessa última tabela, pressupõe-se que a falta dessa aproximação é real, pois mulheres revelaram não gostar do profissional que executa o exame, e outras mencionaram vergonha do profissional, sentimento natural em algum momento pela própria exposição do corpo e pelos tabus relacionados ao sexo; porém é preciso inferir que a desinformação em relação à importância do exame e à falta de confiança pelo não conhecimento das condutas ética e terapêutica do profissional que executa a coleta também podem levar a esses sentimentos de vergonha e desafeto, e à conseqüente prática inadequada do exame citológico.

Neste estudo, existiram mulheres que tiveram a ação de procurar outros serviços para a realização de seu preventivo, mas devem existir muitas que nem pensaram nessa possibilidade, ficando propensas a desenvolverem lesões no colo uterino e não serem rastreadas e tratadas precocemente.

Dessa forma, pode-se enfatizar a importância da criação de vínculos entre comunidade e profissionais para ser trabalhada toda a problemática relacionada ao CCU, pois a vinculação proporciona uma relação afetiva, amigável entre ambos, instigando, através das conversas e discussões, a elucidação de dúvidas necessária para dirimir os tabus e os sentimentos negativos relacionados ao exame, levando ao conhecimento, à mudança de atitude, ao empoderamento e à autonomia do sujeito.

Nesse ínterim, o estudo de Oliveira *et al.* (2004) corrobora mostrando que as discussões com as usuárias da ESF ajudam na construção da assistência integral na prevenção do câncer de colo uterino, pois tanto a formação de vínculo, como a responsabilização sobre a sua saúde são fortalecidos pelo diálogo. O de Ramos *et al.* (2006) sugere associação entre a realização do Papanicolaou ao maior vínculo com o serviço por parte das usuárias.

O Ministério da Saúde também pontua a necessidade de a equipe realizar a escuta qualificada das necessidades das mulheres em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; assim como valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, os profissionais de saúde da ESF precisam se dispor a parar para refletir sobre a realidade da população que está sob sua responsabilidade; conscientizar-se de que há determinantes de saúde, e que a subjetividade deve ser investigada e trabalhada para que haja mudanças palpáveis da realidade.

Ainda em relação às dificuldades encontradas, dentre as mulheres com prática inadequada que realizaram o seu último preventivo na ESF 33 (53,2%), 8 relataram

dificuldades para consegui-lo: 4 apontaram o número insuficiente de vagas, e 4 mencionaram a falta de material. As que, em algum momento, já tentaram fazer o seu teste Papanicolaou na ESF e não conseguiram somam 47 (75,8%), e por conseguinte, adiaram-no, fizeram-no em outro local, ou até mesmo desistiram de fazer o exame; enquanto 32 (68,1%) não conseguiram pela falta de material (Tabela 13).

Tabela 13- Distribuição da amostra de mulheres com a prática inadequada do exame Papanicolaou segundo as dificuldades encontradas para a sua realização na Estratégia Saúde da Família. Juazeiro do Norte, Ceará, 2013.

Motivos indicados	Inadequada	
	N	%
Não tinha vaga	9	19,1
Não tinha material	32	68,1
Não tinha profissional para realizar o exame	6	12,8
Outros	0	0,0
Total	47	100

Fonte: Direta

A falta de material foi mencionada pela maior parte das participantes, e esse fato em uma unidade pode esconder várias causas: insuficiente investimento na saúde pública, planejamento inadequado dos serviços de saúde, logística inadequada para a distribuição de materiais, entre outros.

Sobre o investimento insuficiente, sabe-se da busca histórica pelo financiamento justo para o Sistema Único de Saúde no Brasil. Mesmo a Lei Complementar 141 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012) não conseguiu fixar recursos de gastos com o SUS por parte da União. A perspectiva era que esse nível de gestão pudesse investir pelo menos 10% da receita bruta no Sistema Único de Saúde. Essa necessidade encontra eco nas grandes dificuldades existentes, especialmente em municípios de pequeno porte em financiar as ações de saúde. As entidades que representam os municípios têm alegado dificuldades em manter a gestão da saúde, ante tantas demandas e insuficiente financiamento. Recentemente o advento do Programa Nacional para Melhoria da Qualidade na Atenção Básica surgiu como uma proposta para qualificar o processo de trabalho e ampliar os recursos para esse nível de atenção.

Sobre planejamento da saúde, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica da Saúde, estabeleceu papéis institucionais de cada instância governamental, enfatizando responsabilidades, inclusive dos municípios com as ações de saúde (BRASIL, 1990).

Para garantir as ações em nível local, os municípios precisam contar com uma gestão administrativa e financeira capaz de operacionalizar ações de planejamento e de execução,

além da execução orçamentária e financeira e mensuração de estoques de materiais ou recursos logísticos existentes. Com base nas ações mensuradas e no dimensionamento da rede de prestações de serviços é possível projetar a quantidade ideal de materiais, bens e serviços que devem ser adquiridos. Tal tarefa é primordial e indicará o norte da gestão administrativa e financeira (BRASIL, 2007).

A literatura esclarece que o objetivo básico da administração de materiais consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com menor custo.

Esta pesquisa não tem a pretensão de explicar todos os fatores que explicam a falta de materiais nas unidades; por outro lado, entende que os papéis dos entes federativos estão bem estabelecidos e precisam ser executados no sentido de cumprir os pressupostos da legislação, especialmente aqueles que mencionam ser dever do Estado garantir ações de saúde efetivas para a população brasileira.

Em relação à questão da inexistência de vagas, apontada como dificuldade para a realização do exame nas unidades, citada por 19,1% das mulheres, é algo que, em parte, pode ser resolvido em nível local. Uma das possibilidades seria a equipe da ESF reorganizar o cronograma de atividades, aumentando o número de expedientes semanais para a execução de tal procedimento; mas, para isso, a gestão deverá dar o suporte de material, levando mais uma vez ao discurso anterior.

Nesse ínterim, de uma maneira geral, é preciso decisão política firme no sentido de garantir uma gestão administrativa e financeira, na qual o suporte às equipes da ESF necessário para prevenir doenças e promover a saúde seja tido como prioritário. Caso contrário, o próprio SUS estará contribuindo para valorizar mais as ações curativas do que as ações preventivas de doenças e de promoção da saúde.

6 CONCLUSÕES

A saúde da mulher tem sido alvo de discussões por vários pesquisadores no intuito de identificar determinantes e condicionantes para as mais variadas problemáticas relacionadas a essa área. Como forma de encontrar respostas a partir do universo da mulher, a utilização do inquérito CAP neste estudo enquanto instrumento para a coleta dos dados foi bem oportuna, visto que proporcionou uma aproximação maior com a clientela, assim como oportunizou a identificação e repasse de informações importantes acerca do exame Papanicolaou.

Dentre o que foi identificado, enfatizam-se elevados percentuais de inadequação no conhecimento e na atitude (72,9% e 73,3% respectivamente). Na prática, embora a adequação tenha se sobressaído, existiram 94 (39,2%) mulheres classificadas com prática inadequada.

Em relação ao conhecimento inadequado, foram apresentados dois fatores sociodemográficos com significância: ter estudado até o ensino fundamental ($p=0,021$) e não trabalhar fora de casa ($p=0,04$). A variável sexual e reprodutiva que apresentou significância foi a relacionada a problemas no útero: as mulheres que não tiveram algum problema uterino (lesões pré-cancerígenas ou mioma) apresentaram o conhecimento deficiente sobre o exame preventivo ($p=0,011$).

A atitude inadequada revelou as variáveis associadas: idade ($p=0,014$), escolaridade ($p=0,014$) e não trabalhar fora de casa ($p=0,003$).

Quanto à prática inadequada, os resultados revelaram as seguintes variáveis com relevância estatística: idade (20 a 29 anos, com $OR(IC)^{\#} 2,25$), estado civil (solteiras com $OR(IC)^{\#} 3,18$) e conhecimento inadequado ($OR(IC)^{\#} 2,90$).

As dificuldades encontradas para a realização do exame na ESF foram identificadas em mulheres classificadas com a prática inadequada, a fim de buscar mais determinantes para essa conduta. As participantes enquadradas nessa classificação foram 94 (39,2%) e que já fizeram o exame preventivo alguma vez, 62 (86,7%), sendo que 29 (46,8%) não realizaram o seu último exame na unidade da ESF, apontando, como principais motivos, ter vergonha do profissional da ESF (27,6%), e não gostar do profissional que realiza o exame (20,8%).

Dentre as mulheres com prática inadequada que realizaram o seu último preventivo na ESF, no total de 33 (53,2%), 8 relataram dificuldades para consegui-lo: 4 apontaram o número insuficiente de vagas, e 4 mencionaram a falta de material. Já entre as que, em algum momento, já tentaram fazer o seu teste Papanicolaou na ESF e não conseguiram, no total de

47 (75,8%), e por conseguinte, adiaram-no, fizeram-no em outro local, ou até mesmo desistiram de fazer o exame, 32 (68,1%) não conseguiram pela falta de material.

A compreensão do que foi encontrado a partir desses resultados servirá de ponto de partida para refletir sobre a relação da prática inadequada do exame preventivo com as atuais práticas dos profissionais da ESF, bem como a forma com que a gestão tem conduzido todo o processo gerencial do cuidado, enquanto provedor e suporte das equipes; porém, sugere-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas para investigar e identificar fatores a partir da realidade dos gestores e dos profissionais da ESF, pois este estudo mostrou-se limitado em elucidar todos os fatores relacionados com a prática inadequada do referido exame.

Refletindo sobre as práticas dos profissionais, percebe-se passividade, sugerindo-se, portanto, que esses devam adotar comportamento ativo, no sentido de conhecer a quantidade de mulheres com idade compreendida entre 25 e 64 anos em seus territórios de atuação, criar um banco de dados contendo informações acerca dessas mulheres, identificando as que estão ou não em dia com a prática do exame preventivo, e discutir em equipe o melhor meio para se aproximar desse público para construir vínculos de confiança e de afeto, a fim de envolvê-las no processo do cuidado.

É preciso planejar estratégias para trazê-las às unidades de saúde para conversar, conhecer as suas realidades internas, seus anseios, dúvidas e receios. Enfermeiros e médicos, especialmente, necessitam estar atentos não somente às informações que estão repassando à comunidade, mas também à maneira como está sendo feito esse repasse, pois nem sempre o que se fala é compreendido; daí a sugestão e a importância de se promover a troca de saberes e experiências com a clientela a partir do diálogo individual em determinados casos, mas principalmente a partir das rodas de conversas, pois, nesse momento, haverá aproximação entre os participantes; o profissional terá a oportunidade de repassar efetivamente uma informação, mas também de valorizar os saberes, instigar a autonomia das mulheres no sentido do autocuidado, da prevenção. Nessa roda, poderá também ser mostrado através de vídeos como se executa o exame preventivo, para que medos e tabus sejam desmistificados.

Deve-se ainda ter uma atenção especial em relação aos agentes comunitários de saúde. Os enfermeiros, enquanto coordenadores e supervisores direto desses profissionais, necessitam averiguar os seus conhecimentos, deficiências, dúvidas, e lhes proporcionar treinamentos sempre que necessário. Isso está sendo enfatizado, porque algumas agentes fizeram parte da amostra deste estudo por estarem nas suas respectivas unidades de saúde no dia em que foi feita a visita para a coleta de dados, e para surpresa, muitas delas, apesar de já trabalharem há algum tempo na área, tiveram seus conhecimento, atitude e prática

relacionados ao Papanicolaou classificados como inadequados. Esses profissionais são formadores de opinião e levam orientação para a comunidade, portanto devem deter informações precisas e corretas, e para isso devem receber treinamentos e atualizações constantes.

Quanto à gestão da saúde pública, falhas foram identificadas, e qualquer município precisa prover as condições mínimas para as equipes fazerem a intervenção preventiva do CCU, assegurando quantidades suficientes de insumos para o seu êxito. Caso contrário, isso pode ser um aspecto a mais para reforçar a inadequação da prática preventiva. Há de se destacar ainda que a gestão usando os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente precisa coordenar o cuidado construindo relações com as instituições de formação profissional no sentido de qualificar o profissional e estimulá-lo a intervir nessa situação com uma sensibilidade maior.

Nesse sentido, estes dados serão apresentados ao secretário de saúde, coordenadores da atenção básica e saúde da mulher do referido município, assim como os responsáveis por estas mesmas coordenações na 21ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), para que possam compreender, a partir das percepções da clientela-alvo, fatores que têm levado a uma prática inadequada e conseqüentemente ao não alcance das metas pactuadas do indicador relacionado ao exame citopatológico. A partir das reflexões, poderão ser traçadas ações objetivando a capacitação dos profissionais das equipes da ESF acerca da prevenção do CCU e das metodologias de repasse de informações para a comunidade acerca do tema. Poderão ser apresentados dados sobre a organização da logística relacionada à compra de insumos específicos para a realização do exame e distribuição deles para as equipes, organização dos laboratórios para a leitura das lâminas e entrega dos laudos em tempo hábil, além de outros provimentos necessários para a efetividade de todo o processo do cuidado à mulher sob a responsabilidade da gestão municipal.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, S.J.S.B. *et al.*. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.4, dez. 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER . **Definição de Câncer**. 2008. Disponível em: <http://www.abcancer.com.br/portal/index.php?module=conteudo_fixo&id=585>. Acesso em: 21 nov. 2012.
- BEZERRA, S. J. S. **Fatores de risco para o câncer de colo e lesões cervicais por papilomavirus humano**. 2007. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007.
- BEZERRA, S. J. S. *et al.* Perfil das mulheres portadoras de lesões cervicais por HPV quanto aos fatores de risco para o câncer de colo uterino. **DST – J bras Doenças Sex Transm.**, v.17, n.2, p. 143-148, 2005.
- BORSATTO, A.Z; VIDAL,M.L.B; ROCHA, 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 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.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 01 mar. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. **Meta de exames Papanicolaou atinge 71% na faixa prioritária**. 2011a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/11/11/meta-de-exames-de-papanicolaou-atinge-71-da-faixa-prioritaria>>. Acesso em: 23 jul. 2012
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Ceará. **Caderno de Informações para a gestão Estadual do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b.
- _____. Ministério da Saúde. DAB - Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família 2000-2011**. Brasília – DF, 2011c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 16 de set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **SISPACTO-2008-2011**. Brasília – DF, 2011d. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sispacto>>. Acesso em: 12 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília – DF, 2011e. Disponível em: <www.saude.gov.br/svs>. Acesso em: 23 jul. 2012.

_____. Ministério da saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 18 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. 152 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 2).

_____. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: [s.n.], 2006c. 76 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Editora MS, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica**: SIAB: indicadores. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: documento para gestores do SUS. Brasília: [s.n.], 2004b.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação. **Manual do aplicador do estudo CAP**. Brasília: Ministério da Educação, 2002.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. **SIAB:** manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 01 mar. 2014.

BRENNNA, S. M. F. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, p. 909-914, jul/ago. 2001.

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, set. 2011.

CÉSAR, J. A. *et al.* Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.5, p.1365-72, 2003.

CORRÊA 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, abr/jun. 2012.

CRUZ, L.M. B.; LOUREIRO, R. P. A. Comunicação na Abordagem Preventiva do Câncer de Colo de Útero: importância das influências histórico-culturais. **Saúde soc.**, v.17, n.2, p.120-131, jun. 2008.

DAVIM, R.M.B. *et al.* Conhecimento de mulheres de uma unidade Básica de saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame Papanicolaou. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n.3, p. 296-302, 2005.

DEZEM, A.; SAMPAR, S. A.. **Assistência de Enfermagem na prevenção do Câncer de Colo de Útero.** Monografia (Graduação em Enfermagem) apresentado ao centro Universitário Claretino, 2006.

DOMINGOS, A. C. P. *et al.* Câncer do colo do útero: comportamento preventivo de autocuidado à saúde. **Ciência de cuidado à saúde.** 2007.

DUAVY, L.M. *et al.* A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Cien Saude Colet.**, 2007.

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

FERNANDES, S.M. *et al.* 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, jul/ago. 2001.

FERREIRA, M.L.S.M. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**, v.13, n.2, p. 378-384, 2009.

GAMARRA, C.J.; VALENTE, J.G.; AZEVEDO E SILVA, G. Magnitude da mortalidade por câncer do colo do útero na Região Nordeste do Brasil e fatores socioeconômicos. **Rev Panam Salud Publica**, v.28, n.2, p. 100–6, 2010.

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. 270-6, 2005.

GOMES, M.L.M.; BISPO, G.M.B.; SANTOS, P.C.J.V. Fatores impeditivos para a realização da citologia oncológica. In: I SEMANA DE CIÊNCIAS DA URCA, XI SEMANA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2008, Crato. **Anais**. Crato: URCA, 2008.

HACKENHAAR, A. A.; CESAR, J. A.; DOMINGUES, M. R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.9, n.1, mar. 2006.

HAMILTON, L. C. **Statistics with Stata**: updated for version 12. 8th. ed. [S.l.: s.n.], 2012. 473 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem populacional e projeções demográficas preliminares**. 2010. Disponível em: <<http://www.data.sus.gov.br/cgi>> Acesso em: 10 jul. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativas 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>. Acesso em: 22 jul.2012.

_____. **ABC do Câncer**: Abordagens básicas para o controle do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011c.

_____. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2012.

_____. **Estimativas 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2012.

_____. **Estimativa 2008**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: [s.n.], 2008. Disponível em: <www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. **Programa nacional de controle do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2007. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/fatores_risco>. Acesso em: 22 jul. 2012.

_____. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

KLEINBAUM, D. G. *et al.* **Applied regression analysis and other multivariable methods.** 4th. ed. Belmont: Thomson Brooks/Cole, 2008. 906 p.

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.

OLIVEIRA, S. L.; ALMEIDA, A.C.H. A percepção das mulheres frente ao exame de Papanicolaou: da observação ao atendimento. **Cogitare Enferm.**, v.14, n.3, p.518-526, jul/set 2009.

OLIVEIRA, M.M.H.N.; SILVA, A. A. M.; BRITO, L. M. O.; COIMBRA, L.C. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. **Rev. bras. epidemiol.**, v.9, n.3, p.325-34, 2006.

OLIVEIRA, M. M. H.; SILVA, E.N.F, PINTO,I.C, COIMBRA, V.C.C. Câncer cérvico uterino: um olhar crítico sobre a prevenção. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v.25, n.2, p.176-183, ago. 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Control integral del cancer cervicouterino:** guia de prácticas esenciales. 2007.

PELLOSO, S.M.; CARVALHO, M.D.B.; HIGARASHI, I.H. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 319-324, 2004.

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

PESSINI, A.S.; SILVEIRA, G.P.G. Câncer genital feminino. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. (editors). **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 470-9.

PINHO, A.A. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de papanicolaou no município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, sup. 2, p. 303-313, 2003.

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

RAFAEL, R.M.R.; DE 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, maio 2010.

RAMOS, A.S.; PALHA, P.F.; COSTA, M.L.C. Jr.; SANT'ANNA, S.C.; LENZA, N.F.B. Perfil de mulheres de 40 a 49 anos cadastradas em um núcleo de saúde da família, quanto a realização do exame preventivo de Papanicolaou. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.2, p.170-174, mar/abr. 2006.

SACRAMENTO, N.A.P. **A importância da Estratégia de Saúde da Família para a Melhoria de Cobertura do Exame Preventivo do Câncer de Colo de Útero.** 2011. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - UFMG, 2011.

SANTOS, M.C.L.; FERNANDES, A.F.C.; CAVALCANTE, P.P. Consulta ginecológica- Motivações e conhecimento da mulher sobre a prevenção do câncer do colo do útero. **Rev RENE**, v.5, n.1, p. 22-26, 2004.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Educação em Saúde: Planejando as Ações Educativas (Teoria e Prática): Manual para operacionalização das ações educativas no SUS.** São Paulo: FESIMA, 2001.

SASIENI, P.; CASTAÑÓN, A.; CUZICK, J. What is the right age for cervical cancer screening? **Woman Health**, London, England, v.6, n.1, p. 1-4, 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano de saúde 2009-2013.** Juazeiro do Norte-CE: [s.n.], 2009.

SILVA, M.R.B. **O conhecimento, a atitude e a prática de mulheres na prevenção do câncer de colo uterino em uma unidade básica de saúde na zona oeste, Rio de Janeiro.** 2010. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. **Consolidado das famílias cadastradas.** Juazeiro do Norte-CE: [s.n.], 2012.

TAVARES. A.S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. **Informe-se em promoção da saúde**, v.5, n.1.p.30-32, 2009.

VASCONCELOS, C.T.M. **A intervenção 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, Fortaleza, 2012.

VASCONCELOS, C.T.M. *et al.* 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. ICO Information Centre on Human Papilloma Virus (HPV) and Cervical Cancer. **Human papillomavirus and related cancers in Brazil.** Disponível em: <www.who.int/hpvcentre>. Acesso em: 20 jul. 2012.

_____. International Agency for Research on Cancer. **World Cancer Report 2008.** Lyon: [s.n.], 2008. Disponível em: <www.who.int/hpvcentre>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. **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: 22 jul. 2012.

_____. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Formulário N° _____

Data da Entrevista: ___/___/2013

Equipe da ESF n°: _____

PARTE 1	
<u>CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA</u>	
1. Idade: _____ anos	1. _____
2. Estado civil: 1- solteira 2- casada 3- união estável 4- viúva 5- separada	2. _____
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	3. _____
4. Religião: 1-católica 2-evangélica 3-adventista 4-espírita 5- Outra _____	4. _____
5. Qual a sua ocupação? _____	5. _____
6. Trabalha fora de casa? 1- Sim 2- Não	6. _____
7. Quanto é a atual renda familiar? (1)- menos de 1 salário mínimo (2)-De 1 a 2 salários (3)- acima de 2 salários	7. _____
<u>HISTÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA</u>	
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. ___ / ___
a. Se sim, qual? _____	18.1 _____
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. ___ e ___
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

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	28. _____
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	29. _____
30. AVALIAÇÃO DA ATITUDE: 1- Adequada 2- Inadequada	30. _____

PRÁTICA EM RELAÇÃO AO EXAME PAPANICOLAU

- | | |
|--|-----------|
| 31. A senhora já realizou esse exame alguma vez? 1- Sim 2-Nunca | 31. _____ |
| 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: _____ | 32. _____ |
| 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 | 33. _____ |
| 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: _____ | 34. _____ |
| 35. Quando a senhora fez o seu último exame, retornou para receber o resultado?
1- Sim 2-Não 3- Não lembra | 35. _____ |
| 36. Se NÃO retornou, por quê? _____

1- Causas pessoais 2- Causas Institucionais | 36. _____ |
| 37. Se retornou, mostrou o resultado para algum profissional de saúde? 1- Sim
2-Não 3- Não lembra | 37. _____ |
| 38. Se NÃO mostrou o resultado, por quê? _____

1- Causas pessoais 2- Causas Institucionais | 38. _____ |
| 39. AVALIAÇÃO DA PRÁTICA: 1- Adequada 2- Inadequada | 39. _____ |

PARTE 3

DIFICULDADES PARA REALIZAR O EXAME PAPANICOLAOU NA ESF

- | | |
|--|------------|
| 40. Onde foi realizado o seu último exame de prevenção? 1- Consultório médico (particular ou plano de saúde) 2- ESF 3- SAME 4- Outro _____ | 40. _____ |
| 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 _____ | 41. _____ |
| 42. Se o seu último exame de prevenção foi realizado na unidade da ESF , a senhora teve alguma dificuldade para conseguí-lo? 1-Sim 2- Não | 42. _____ |
| 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 _____ | 42.1 _____ |
| 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 | 43. _____ |
| 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 _____ | 44. _____ |

APÊNDICE B**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ****MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA****PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Sr(a) Secretário(a) Municipal de Saúde,

Solicito a V.Sa. autorização para levantamento de dados para dissertação de mestrado, cujo título é: *“Conhecimentos, atitudes e práticas relacionados ao exame Papanicolau de mulheres em Juazeiro do Norte-CE”*, cujo objetivo é verificar os conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas ao exame Papanicolau, de mulheres acompanhadas pelas equipes da ESF do distrito sanitário V da cidade de Juazeiro do Norte-CE.

Ressalto que serão entrevistadas mulheres adultas, na faixa etária compreendida entre 20 e 59 anos e que aceitarem participar da pesquisa, e será assegurado o cumprimento das normas para a pesquisa com seres humanos presentes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, a qual prima pelas quatro referências básicas da bioética: autonomia, não maleficência, benevolência e justiça, visando também assegurar os direitos e os deveres que dizem respeito a comunidade científica aos sujeitos da pesquisa e do estado.

Desde já agradeço a vossa colaboração.

Atenciosamente,

Elainy Fabrícia Galdino Dantas Malta

Mestranda

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A Enfermeira Elainey Fabrícia Galdino Dantas Malta está realizando a pesquisa intitulada “*Conhecimentos, atitudes e práticas relacionados ao exame Papanicolau de mulheres em Juazeiro do Norte-CE*”, que tem como objetivo “Verificar os conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas ao exame Papanicolau, de mulheres cadastradas e acompanhadas nas equipes da ESF do distrito sanitário V da cidade de Juazeiro do Norte-CE”. Para o alcance de tal objetivo, o estudo passará pelas seguintes etapas: Traçar os perfis sócio-demográfico, sexual e reprodutivo das mulheres; Verificar a adequação do conhecimento, atitude e prática das mulheres em relação ao exame Papanicolau; Verificar os fatores relacionados a não adesão das mulheres ao exame Papanicolau.

Por essa razão, a Sra está sendo convidada a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder a perguntas as quais serão feitas pelo entrevistador relacionadas às questões sócio-demográficas, sexual e reprodutiva, assim como as relacionadas ao exame Papanicolau.

O procedimento utilizado é a entrevista, a qual terá uma duração máxima de vinte minutos, e poderá trazer algum desconforto do tipo inibição. O procedimento apresenta um risco mínimo, que será reduzido ao promover uma atmosfera amigável e descontraída durante a aplicação do mesmo; ao reforçar as orientações afirmando não haver uma resposta certa ou errada, de forma que cada mulher esteja livre para responder o que mais se aproxima de sua realidade; e ao garantir a confidencialidade das respostas.

Os benefícios esperados com o estudo a curto prazo, estão relacionados ao conhecimento dos reais motivos da não adesão das mulheres ao exame Papanicolau; e a médio e longo prazos, espera-se o planejamento e implementação de ações específicas para a prevenção efetiva do câncer de colo de útero entre as mulheres do município.

Todas as informações que a Sr^a nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não aparecerá nos formulários e nem quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso a Sra aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar Elainey Fabrícia Galdino Dantas Malta, nos expedientes manhã e tarde na Secretaria da Saúde de Juazeiro do Norte-CE, localizada no endereço: Rua José Marrocos S/N, bairro Santa Tereza, Juazeiro do Norte-CE, e/ou no telefone:(88)8822-1456.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Federal do Ceará-UFC, localizado na Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Telefone: 85-33668344.

Se a Sr^a estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

Local e Data

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE D**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a Sra _____, portadora da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.


E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Juazeiro do Norte-CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

ou Representante legal

Impressão dactiloscópica



Assinatura do Pesquisador

ANEXO A
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS RELACIONADOS AO EXAME PAPANICOLAU DE MULHERES EM JUAZEIRO DO NORTE-CE

Pesquisador: Elaine Fabrícia Galdino Dantas Malta

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11030613.7.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 229.552

Data da Relatoria: 04/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo avaliativo do tipo Conhecimento, Atitude e Prática, de corte transversal e abordagem quantitativa. Será realizado no período de abril a agosto de 2013, no distrito sanitário V do município de Juazeiro do Norte-CE. A amostra será calculada a partir do número de mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, residentes nas áreas urbanas do distrito sanitário V de Juazeiro do Norte-CE, totalizando 10.158 mulheres. A partir do cálculo amostral, considerando intervalo de confiança de 95%, nível de significância de 0,05 e prevalência prevista de 50%, totaliza-se 371 mulheres. Terá como critério de inclusão: idade entre 20 e 59 anos; terem iniciado a sua vida sexual e aceitarem participar da pesquisa; e como critérios de exclusão: mulheres que estiverem fora da faixa etária entre 20 e 59 anos; não iniciaram a sua vida sexual; não aceitarem participar da pesquisa. As entrevistas serão realizadas através de um formulário contendo questões inerentes ao objetivo proposto, cujos resultados serão devidamente compilados e analisados.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar os conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas ao exame Papanicolau, de mulheres acompanhadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família do distrito sanitário V da cidade de Juazeiro do Norte-CE.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O procedimento utilizado é a entrevista, e poderá trazer algum desconforto do tipo inibição. O procedimento apresenta um risco mínimo, que será reduzido ao promover uma atmosfera amigável e descontraída durante a aplicação do mesmo; ao reforçar as orientações afirmando não haver uma resposta certa ou errada, de forma que cada mulher esteja livre para responder o que mais se aproxima de sua realidade; e ao garantir a confidencialidade das respostas. Os benefícios esperados com o estudo a curto prazo, estão relacionados ao conhecimento dos reais motivos da não adesão das mulheres ao exame Papanicolau; e a médio e longo prazos, espera-se o planejamento e implementação de ações específicas para a prevenção efetiva do câncer de colo de útero entre as mulheres do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O referido estudo está sendo proposto, e torna-se relevante à medida que busca verificar os conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres relacionados ao exame Papanicolau, entendendo os reais motivos da não adesão ao exame; e a partir dos resultados compilados e analisados, propor aos gestores em um momento oportuno, a elaboração de um planejamento estratégico para intervir e alcançar as metas previamente estabelecidas pactuadas pelo município de Juazeiro do Norte, e assim contribuir de forma efetiva na prevenção do câncer de colo do útero no município.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários foram apresentados.

Recomendações:

Sem mais recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



FORTALEZA, 26 de Março de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO B
AUTORIZAÇÃO PARA ESTUDO

ESTADO DO CEARÁ




PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Juazeiro do Norte-CE, 29 de outubro de 2012

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ESTUDO

A Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte-CE, CNPJ. 02.628.917/0001-60, no uso de suas atribuições e por meio de sua Assessora Técnica, Kélvia Guedes A. Lustosa RG nº. 95.029.076.184 SSP-CE; CPF nº. 849.646.773-20, autoriza Elaine Fabricia Galdino Dantas Malta, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, a realizar coleta de dados de sua dissertação intitulada: *“Conhecimentos, atitudes e práticas relacionados ao exame Papanicolau de mulheres em Juazeiro do Norte-CE.* orientado pela Prof. Dra. Fabiane do Amaral Gubert.


Kélvia G. A. Lustosa
ASSESSORA TÉCNICA - SESAU -
JUAZEIRO DO NORTE - CE

Assessora Técnica do Núcleo Gestor