

ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA/LTDA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ–FACENE

SAMARA NAIARA VALCÁCIO SILVA

**COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA: COBERTURA E FATORES  
ASSOCIADOS À RESISTÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DO EXAME**

MOSSORÓ

2012

SAMARA NAIARA VALCÁCIO SILVA

**COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA: COBERTURA E FATORES  
ASSOCIADOS À RESISTÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DO EXAME**

Monografia apresentada à Banca Examinadora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE-RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Me. Jussara Vilar Formiga

CO-ORIENTADOR: Prof. Me. Wesley Adson Costa Coelho

MOSSORÓ

2012

SAMARA NAIARA VALCÁCIO SILVA

**COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA: COBERTURA E FATORES  
ASSOCIADOS À RESISTÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DO EXAME**

Monografia apresentada pela aluna Samara Naiara Valcácio Silva do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Me. Jussara Vilar Formiga (FACENE/RN)  
Orientadora

---

Professor Me. Wesley Adson Costa Coelho (FACENE/RN)  
Co-orientador

---

Professora Me. Ivone Ferreira Borges (FACENE/RN)  
Membro

Dedico ao meu esposo, Albeci Valcácio, pela cumplicidade em todos os momentos e a minha mãe, Maria José, por todo amor a mim dedicado em toda minha vida.

## AGRADECIMENTOS

**A Deus**, todo poderoso, por permitir e me proporcionar o dom da vida.

**Aos meus pais, Maria José e Antonio Valcácio**, responsáveis pela minha existência, por serem a base da minha formação pessoal, modelo de perseverança e luta. Amo vocês.

**Ao meu amado e esposo Albeci Valcácio**, por ter sido o primeiro a incentivar o meu ingresso na academia e acreditar que eu seria capaz de ser uma grande profissional, ter sempre me dado amor estando todos os dias ao meu lado.

**A minha grande Orientadora Jussara Vilar Formiga**, que se tornou minha amiga, por ter aceitado construir esse trabalho comigo, tornando possível a realização desse sonho. Agradeço pelas sábias palavras de incentivo e por dividir seus conhecimentos oferecendo suas valiosas orientações durante o desenvolvimento deste trabalho.

**Ao Co-orientador e membro da banca examinadora Wesley Adson**, que pelos seus grandes conhecimentos e sua capacidade intelectual contribuiu para o enriquecimento desta pesquisa, tornando-a valorosa.

**A professora Ivone Borges**, por ter aceitado participar da banca examinadora e que por meio de suas sugestões valorosas proporcionou o enriquecimento esta pesquisa.

**A minha querida irmã Joyce Valcácio**, por ser minha amiga e contribuir para construção do meu caráter e princípios. Amo você.

**A minha madrinha e irmã Janete Lemos**, por ter me adotado como filha e ser exemplo de temor a Deus.

**A Ismara Ingrid**, minha enteada, pelo tempo e amor dedicado ao meu filho **Albeci Filho** enquanto eu desenvolvia as atividades acadêmicas.

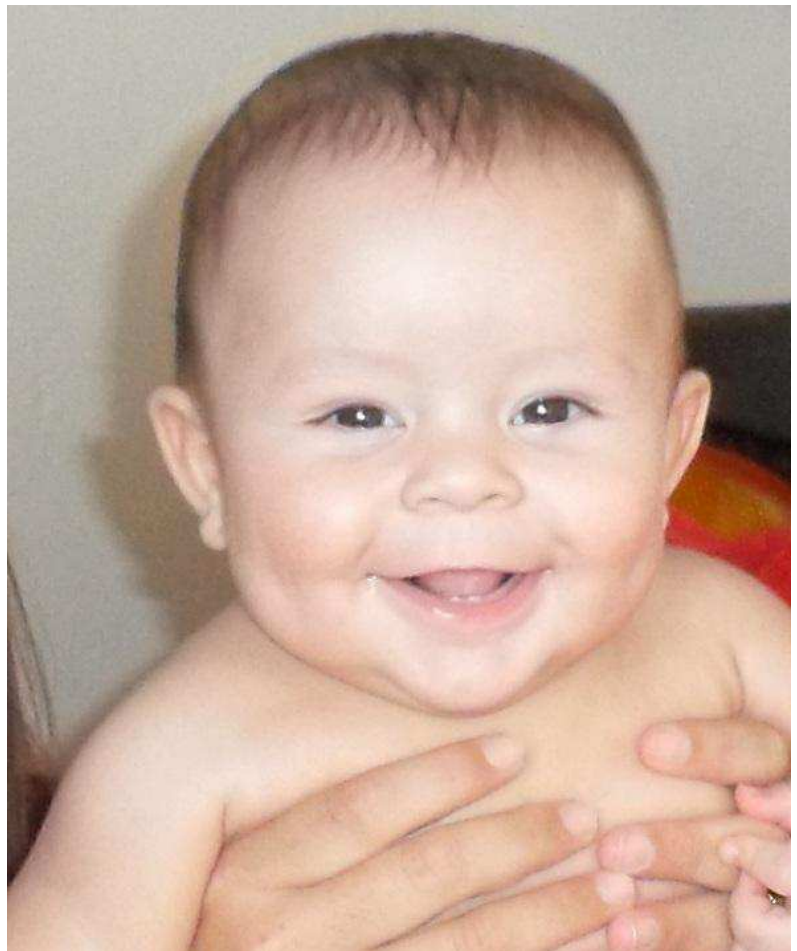
**A todos os familiares e amigos**, que não foram anteriormente mencionados, pela contribuição para a realização deste sonho.

**As amigas de jornada acadêmica Louise, Graciele Camila e Thalita Mclaine**, as quais me possibilitaram usufruir de bons momentos durante essa caminhada e que foram fundamentais para que pudesse ter chegado aqui. Agradeço por me deixar participar de suas vidas.

**A equipe de docentes e preceptores da FACENE Mossoró**, por compartilhar seus ensinamentos profissionais e de vida, nos quais, os levarei por toda minha vida.

**Aos funcionários da FACENE Mossoró**, pela ajuda e apoio durante a caminhada acadêmica.

**A bibliotecária Vanessa**, que muitas vezes se prontificou carinhosamente a me ajudar na produção deste trabalho.



Ser mãe é andar chorando num sorriso! Ser mãe é ter um mundo e não ter nada! Ser mãe  
é padecer num paraíso!  
“Coelho Neto”

## RESUMO

O câncer de colo uterino é definido como uma neoplasia maligna, oriunda de alterações celulares onde ocorre a disseminação das células anormais de forma progressiva e gradativa. Por meio Instituto Nacional do Câncer o Ministério da Saúde estima o surgimento de 17.540 novos casos de câncer cervical no Brasil no ano 2012, e notificou 5.063 números de óbitos em 2009, classificando esta neoplasia como a quarta causa de morte por câncer na população feminina, representando assim um problema de saúde pública no país, embora possa ser prevenida por meio de tecnologia simples e de baixo custo. Teve como objetivo conhecer a cobertura da realização do exame colpocitológico e os fatores associados a não realização da coleta de citologia oncótica nas mulheres da faixa etária entre 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual do Município de Mossoró/RN. Trata-se de uma pesquisa de campo, tendo-se aplicado a abordagem metodológica quantitativa e descritiva, de corte transversal. Os dados foram coletados entre os meses junho e novembro de 2012 e foi realizada em todas as Unidades Básicas de Atenção Primária à Saúde do município Mossoró/RN, levando-se em consideração a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, também o que rege o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Resolução 311/2007, garantindo o sigilo das informações coletadas, bem como anonimato da identidade dos sujeitos da pesquisa. O instrumento utilizado para coleta de dados constituiu-se de um formulário, previamente validado por ocasião do projeto de pesquisa por pré-teste. Por meio do software estatístico SPSS 17.0, os fatores de risco que influenciam ao desenvolvimento da resistência do exame de citologia oncótica foram calculados pelo *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança a 95% com significância pelo teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) ou exato de Fisher, seguindo-se da elaboração de um modelo de regressão logístico multivariado, na finalidade de verificar a influencia mútua dos fatores envolvidos no desenvolvimento da resistência ao exame. O nível de significância estabelecido foi de  $p < 0,05$ . Os resultados encontrados permitiram considerar o município de Mossoró/RN possui uma cobertura de 85% de realização de exames citológicos, estando este dado superior ao intencionado do MS e adequado a meta da OMS. No modelo final da análise multivariada, permaneceram como fator de risco para a não realização do exame as variáveis vergonha (OR=5,103; IC-95%=2,405 – 10,824;  $p < 0,001$ ); medo do exame (OR=3,142; IC-95%=1,333 – 7,403;  $p < 0,009$ ); anos de curso escolar até 8 anos (OR=2,603; IC-95%=1,284 – 5,277;  $p < 0,008$ ) e falta de interesse (OR=2,102; IC-95%=1,032 – 4,280;  $p < 0,041$ ) e como fator de proteção, estado civil (OR=0,420; IC-95%=0,190 – 0,925;  $p < 0,031$ ) e informações profissionais (OR=0,337; IC-95%=0,150 – 0,755;  $p < 0,008$ ). O estudo sinaliza para a necessidade de trabalhos técnicos associados às estratégias que busquem sensibilizar as mulheres tomando por base aspectos que vão além de um simples convencimento, com conceitos mais complexos, que envolvam, certamente, transformações culturais.

**Palavras-Chave:** Neoplasia do Colo do Útero, Esfregaço Vaginal e Recusa de Participação.



## ABSTRACT

The cervical cancer is defined as a malignant neoplasm, it comes from cellular changes where occurs spread of abnormal cells in a progressive and gradual form. Through the National Cancer Institute, the Ministry of Health estimates the emergence of 17,540 new cervical cancer cases in Brazil in 2012, and 5063 reported numbers of deaths in 2009, classifying this neoplasm as the fourth leading cause of cancer death in the female population, representing a public health problem in the country, though it can be prevented through simple technology and low cost. This research aimed to understand the coverage of the exam colpocytological and factors associated with non-completion collection cytology in women aged 25 to 64 years and who have had sexual intercourse of Municipality of Mossoró/RN. This is a field research, that having been applied the descriptive and quantitative approach, cross-sectional. Data were collected between the months June and November 2012 and it was performed in all the Basic Units of Primary Health Care of Mossoró/RN, taking into consideration the Resolution 196/96 of the National Health Council which addresses research involving humans, also what governs the Code of Ethics for Professional Nursing, in Resolution 311/2007, ensuring the confidentiality of information collected, as well as the anonymity of identity of the research subjects. The instrument used for data collection consisted of a form, previously validated, during the research project by pretest. Through the SPSS 17.0 statistical software, the risk factors, that affecting the development of resistance of the cytology test, were calculated by *odds ratio* (OR) and confidence interval of 95% with significance by Chi-square ( $\chi^2$ ) test or Fisher's exact, followed by the development of a multivariate logistic regression model, in order to verify the mutual influence the factors involved in the development of resistance test. The significance level was set at  $p < 0,05$ . The results found allowed to consider that Mossoró / RN has a coverage of 85% of cytological examinations, this figure being higher than intended MH and appropriate the goal of WHO. In the final model of the multivariate analysis, remained as a risk factor to don't perform the test the variables: shame (OR=5,103; IC-95%=2,405 – 10,824;  $p < 0,001$ ); fear of examination (OR=3,142; IC-95%=1,333 – 7,403;  $p < 0,009$ ); years of school year up to 8 years (OR=2,603; IC-95%=1,284 – 5,277;  $p < 0,008$ ) and lack of interest (OR=2,102; IC-95%=1,032 – 4,280;  $p < 0,041$ ); and as a protective factor, marital status (OR=0,420; IC-95%=0,190 – 0,925;  $p < 0,031$ ); and information professionals (OR=0,337; IC-95%=0,150 – 0,755;  $p < 0,008$ ). The study points to the need of technical work associated with strategies that seek to raise awareness among women building on aspects that go beyond a simple conviction, with more complex concepts, involving, certainly, cultural transformations.

**Key-words: Cervical Neoplasia, Vaginal Swab and Denial of Participation.**

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Caracterização da situação sócio-econômica das mulheres entrevistadas (n=385) com faixa etária entre 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual do Município de Mossoró/RN, em respectivos valores absolutos e relativos .....36
- Tabela 2- Cobertura e periodicidade da realização do exame colpocitológico nas mulheres da faixa etária entre 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual do Município de Mossoró/RN, em respectivos valores absolutos e relativos .....38
- Tabela 3 - Distribuição do risco para resistência à realização de citologia oncótica .....40
- Tabela 4 - Variáveis que permaneceram no modelo final da análise multivariada .....45

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO.....	11
1.2 JUSTIFICATIVA .....	13
1.3 HIPÓTESE .....	13
1.4 OBJETIVOS.....	13
<b>1.4.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>13</b>
<b>1.4.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>15</b>
2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	15
2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	18
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....	20
2.4 PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER DE COLO UTERINO .....	22
<b>2.4.1 Câncer de Colo Uterino .....</b>	<b>24</b>
<b>2.4.2 Prevenção do Câncer de Colo Uterino .....</b>	<b>25</b>
<b>2.4.3 Coleta de Citologia Oncótica .....</b>	<b>26</b>
2.5 BAIXO NÍVEL DE COBERTURA DO EXAME PAPANICOLAOU NO BRASIL.....	28
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>31</b>
3.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO .....	31
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	31
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	32
3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS .....	32
3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	33
3.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	33
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	34
3.8 FINANCIAMENTO .....	35
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>36</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>60</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

As Políticas de Saúde Pública, enquanto ações objetivas, surgiram no Brasil apenas no começo do século XX, onde o governo apresentou-se como responsável[...]. No entanto, desde a década de 30 existia uma assistência privada, que privilegiava apenas pessoas que tinha um trabalho formal e, principalmente as categorias de profissionais que impulsionavam a economia brasileira (MELO; CUNHA; TONINI, 2009).

Esse panorama começou a se modificar no início da década de 70, onde o termo reforma sanitária foi inserido em nossa sociedade por meio dos Departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social das escolas médicas [...] (ELIAS, 1993), seguida pela consolidação da reforma sanitária brasileira, ocorrida somente na década de 80 (VIANA; DAL POZ, 1998).

No âmbito dessas modificações, com enfoque voltado para as mulheres, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1984, que tinha como um dos objetivos implantar ou ampliar as atividades de detecção e controle de câncer cérvico-uterino e de mamas (PEREIRA et al, 2009).

Em 1986 foi promovida a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujos estudos e propostas então consolidados nesta conferência, formaram a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) (PEREIRA et al., 2009).

A CF/88 trouxe em seu conteúdo no Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” (BRASIL, 2010, p.33), onde determinava que a saúde apresentava-se como um direito de cidadania cujo responsável passa a ser o Estado e que não haveria mais exigências que os cidadãos trabalhassem para ter esse direito assegurado (MELO; CUNHA; TONINI, 2009).

Para efetivar essas mudanças estabelecidas pela CF/88, em junho de 1998, o MS, por meio da Portaria GM/MS nº 3.040 institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (BRASIL, 1998), esse programa fundamenta-se na detecção dessa neoplasia em mulheres assintomáticas, por meio do método de rastreamento e tem

como objetivo diminuir a incidência, mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer do colo de útero (INCA, 2012b).

Em 2004, o MS elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, onde se comprometeu em implementar as atividades de saúde que viriam contribuir cada vez mais para a garantia dos direitos humanos da classe feminina e diminuir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis [...] (BRASIL, 2004b). Esta Política estabeleceu como meta aumentar em até 30% a cobertura da realização da coleta de citologia oncológica na população de risco e atribuiu como prioridade a redução da morbimortalidade por câncer cérvico-uterino na população feminina [...] (BRASIL, 2004a).

O câncer de colo uterino é definido como uma neoplasia maligna, oriunda de alterações celulares onde ocorre a disseminação das células anormais de forma progressiva e gradativa, essas alterações atingem o epitélio da cérvix uterina, que se não tratada precocemente pode evoluir para carcinoma invasor (BRASIL, 2006 apud FREITAS FILHO, 2011).

O MS, por meio Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima o surgimento de 17.540 novos casos de câncer cervical no Brasil no ano 2012 e notificou 5.063 números de óbitos em 2009, classificando esta neoplasia como a quarta causa de morte por câncer na população feminina (INCA, 2012a).

Apesar de esta neoplasia poder ser prevenida por meio de tecnologia simples e de baixo custo, a meta para realização da coleta citológica na população ainda está abaixo dos 85% preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estando a cobertura inferior ao esperado (PORTO, 2008).

O câncer de colo uterino ainda apresenta-se como um problema de saúde pública no país, pois os resultados obtidos pelos programas governamentais de prevenção oferecidos pelo MS para esta neoplasia, não alcançam a meta estabelecida (CRUZ; LOUREIRO, 2008). Segundo o INCA, os altos índices de mortalidade por câncer cérvico-uterino podem estar relacionados com a resistência à realização da coleta de material ecto e endocérvice, obtido por meio do exame colpocitológico (INCA, 2006 apud CASARIN; PICCOLI, 2011).

## 1.2 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo referido assunto surgiu inicialmente a partir de experiências próprias, já que, mesmo conhecedoras da importância da realização deste exame preventivo para a saúde da mulher, ainda nos apresentamos resistentes para realização da coleta. Esse fato associado a diversas leituras realizadas sobre o tema, que nos deixaram cientes da baixa cobertura do exame no Brasil.

Inquietas neste sentido, acreditamos que pesquisas que apontem os motivos da não realização do exame papanicolaou são de grande importância para os serviços de Saúde Pública no Brasil. Transformando os dados obtidos em subsídios para o enfrentamento dos problemas descobertos e, a partir de então, poder apontar soluções para o alcance de uma maior adesão e cobertura desse procedimento.

Partindo do suposto acima relatado, encontramos-nos motivados pelo interesse na compreensão e resolução do seguinte problema de pesquisa: Qual é a cobertura da realização do exame colpocitológico e quais os fatores estão associados a não realização da coleta de citologia oncológica pelas mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual do Município de Mossoró/RN?

## 1.3 HIPÓTESE

Dessa forma, trazemos para este trabalho monográfico a hipótese de que a maior parte das mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual não realiza o exame de prevenção de câncer de colo uterino por fatores relacionados às questões de comodidade e culturais.

## 1.4 OBJETIVOS

### 1.4.1 Objetivo Geral

- ✓ Conhecer a cobertura da realização do exame colpocitológico e os fatores associados a não realização da coleta de citologia oncológica nas mulheres da faixa etária entre 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual do Município de Mossoró/RN.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Caracterizar a situação sócio-econômica das mulheres entrevistadas;
- ✓ Estimar a cobertura e periodicidade da realização do exame colpocitológico;
- ✓ Caracterizar o grupo quanto à presença de resistência frente à execução do exame;
- ✓ Identificar os fatores que influenciam para o desenvolvimento da resistência a realização da coleta de citologia oncológica relacionada à comodidade, às questões culturais e ao conhecimento das mulheres sobre o exame.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

As Políticas de Saúde Pública no Brasil, enquanto ações objetivas tendo como responsável o Estado, surgiram somente no início do século XX (MELO; CUNHA; TONINI, 2009). No entanto, desde a antiguidade, a problemática de saúde pública em nosso país já existia e no início do período republicano também já foram determinadas várias metas a serem alcançadas, com o objetivo de se obter um sistema de saúde razoavelmente eficiente (SILVA, 2008).

A Revolução Industrial<sup>1</sup> no mundo refletiu no Brasil - em 1930 quando Getúlio Vargas assume a presidência da República - modificando o perfil demográfico da população. Um efeito significativo do desenvolvimento industrial foi o impulso no processo de urbanização, devido à concentração de indústrias e à grande massa, tendo como consequência um aumento rápido da população urbana, motivada pela migração de trabalhadores da zona rural para esta (COTRIM, 2005).

Conforme Rossi (1980 apud BERTOLOZZI; GREGO, 1996, p.383), “dessa maneira, os surtos epidêmicos, que já se faziam presentes, se intensificaram, devido à piora das condições de vida, decorrentes principalmente do excesso populacional e da falta de infra-estrutura sanitária.”

A mudança no caráter epidemiológico das patologias foi determinante para o surgimento de novos desafios ao quadro sanitário. Se por um lado observou-se o surgimento de doenças e fatores de risco até então pouco conhecidos por nós - os acidentes de trabalho, câncer e hipertensão arterial -, por outro lado persistiam as epidemias já conhecidas pelas autoridades - varíola, febre amarela e malária (MELO; CUNHA; TONINI, 2009).

A primeira iniciativa para organização de um sistema de saúde e previdência social no país foi influenciada pelas Caixas de Aposentadoria e Pensões – criada em

---

<sup>1</sup> Entende-se como Revolução Industrial o conjunto de transformações ocorridas inicialmente na Europa Ocidental (séculos XVII-XIX), expandindo-se pelo mundo, diretamente relacionadas à substituição do trabalho artesanal, que utilizava ferramentas, pelo trabalho assalariado, em que predominava o uso das máquinas (COTRIM, 2005).



1923 por meio da lei Elóy Chaves - organizadas por empresas e sob regulação do Estado (COHN; ELIAS, 2005).

A aceleração do crescimento industrial aumentava a preocupação do governo com a preservação da força trabalhista em condições de produção, bem como na sua reinserção imediata ao processo de produção após o afastamento das atividades devido alguma enfermidade. Para atender a essa demanda de mão de obra, várias empresas passaram a criar o serviço de atendimento ambulatorial, de caráter terapêutico e alguns em nível de reabilitação (IYDA, 1994 apud BERTOLOZZI; GREGO, 1996).

Na década de 30 foi criado um novo tipo de direito à saúde, onde essa assistência era voltada apenas para pessoas que tinha um trabalho formal e, principalmente para as categorias de profissionais que impulsionavam a economia brasileira como: trabalhadores da indústria, do comércio, ferroviários, funcionários públicos, etc (MELO; CUNHA; TONINI, 2009).

Em 1941 foi realizada uma reforma no Departamento Nacional de Saúde por Barros Barreto, para que houvesse uma coordenação das atividades de Saúde Pública em todo o país. Surgiu então o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com atuação no combate à malária, em assistência médica, educação sanitária, saneamento, controle de doenças transmissíveis e pesquisas sobre doenças tropicais (PEREIRA et al., 2009).

A gestão pública passou por uma intensa reforma a partir do Decreto-Lei nº 200 de 1967. A forma organizacional de prestação de assistência à saúde da população foi reformulada para se adequar a nova sistemática implantada. Segundo esse Decreto-Lei, a partir de então, ficaria sob responsabilidade do Ministério da Saúde a formulação das políticas nacionais de atenção a saúde pública, muito embora os meios para que isso fosse realizado nunca viessem a ser proporcionados (GERALDES, 1992).

No início da década de 70, o termo reforma sanitária foi inserido em nossa sociedade por meio dos Departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social das escolas médicas, alcançando uma parte dos profissionais de saúde e parcela da população brasileira [...] (ELIAS, 1993).

O Movimento pela Reforma Sanitária originou-se por meio dos profissionais de saúde que, com conhecimentos em estudos relacionados à área da saúde, passaram a criticar o modelo assistencial que estava em vigor no país e propor medidas para a sua reorganização. À medida que se ampliava o processo de abertura política, com a oposição governamental tendo importantes vitórias nas eleições parlamentares, o movimento foi se intensificando e diversas categorias da população brasileira foram se

agregando ao movimento, como: lideranças políticas, sindicais e populares, bem como parlamentares interessados na causa (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

No entanto, Viana e Dal Poz (1998) dizem que, a reforma sanitária brasileira foi formulada somente na década de 80 e considerada de tipo *big bang*<sup>2</sup>, pois inseriu mudanças substantivas no modo de operação do sistema. A reforma do modelo assistencial da população deu-se com o início e criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1986, durante o governo de Sarney, foi promovida a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) onde se concretizou uma linha teórica de movimento. A partir daí, a questão de saúde passa a ser assumida pela sociedade, após anos de negligência do Estado (SILVA, 2008).

O movimento de reorganização do setor de saúde no Brasil torna-se autêntico a partir da 8ª CNS, por meio da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, cujos estudos e propostas embasaram a criação do SUS, institucionalizada pela CF/88 (PEREIRA et al., 2009).

Neste documento, no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo I – Disposição Geral, Seção II – Da Saúde compreendendo os Arts. 196 a 200 da CF/88 leem-se: Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2010, p.33).

A primeira grande mudança que se observou na nova Lei Magna do país é que o direito à saúde passa ser de todo cidadão e não há exigência que eles trabalhem para ter esse direito assegurado. Outra diferença observada é que a saúde aparece como um direito de cidadania cujo responsável passa a ser o Estado (MELO; CUNHA; TONINI, 2009).

A CF/88, no seu Art. 197 trata das responsabilidades do governo, dividido em três esferas, na definição sobre regras do SUS e sua fiscalização e controle. O Art. 198 explica como será organizado o SUS, seguindo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da população. O Art. 199 garante que a assistência poderá ser prestada por instituições privadas, desde que em convênio com o SUS ou

---

<sup>2</sup>De acordo com Viana e Dal Poz (1998, p.13), “as reformas *big bang* são as que introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida (em curto espaço de tempo) e pontual.”

contrato. O Art. 200 confere ao SUS algumas atribuições (MELO; CUNHA; TONINI, 2009).

Embora a CF/88 tenha determinado para o SUS um arcabouço jurídico e administrativo para as três esferas de governo – União, Estados e Municípios – a consolidação deste não se deu na velocidade e proporção que se imaginava (SAITO, 2010).

“A implantação do SUS se iniciou nos anos 90, após a criação da Lei Orgânica da Saúde, e de várias normas e portarias emitidas pelo MS – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) – como instrumento de regulação do sistema” (VIANA; DAL POZ, 1998, p. 13).

O SUS é o conjunto de ações e de serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas das três esferas governamentais ou por entidades a ele vinculadas, que é o caso das instituições privadas. É um direito assegurado pela CF/88 que foi conquistado pela nossa população. O SUS garante atendimento universal, igualitário e integral a todo cidadão brasileiro<sup>3</sup> que dele precisar, [...]. (PEREIRA et al., 2009).

Segundo Saito (2010), da criação do SUS, até o Pacto Pela Saúde, uma série de instrumentos – Lei orgânica da saúde, normas e portarias – também vieram orientar os gestores na construção e efetivação do SUS de acordo com os Princípios declarados e assumidos na CF/88.

Segundo Pereira et al. (2009), ao longo da história da humanidade, os maiores problemas de saúde enfrentados pela população estiveram relacionados com a natureza comunitária, citando como exemplos o controle de doenças transmissíveis, o controle e melhoria de infra-estrutura sanitária, a providência de água e comida em quantidade suficiente, assistência médica, o alívio da incapacidade e desamparo. A importância atribuída à esses problemas variou-se no tempo, e de sua inter-relação surgiu à saúde pública como conhecemos hoje.

## 2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dentro deste cenário de modificações na forma de se prestar assistência à saúde no Brasil, surge à história do Programa Saúde da Família (PSF), aqui denominado

---

<sup>3</sup> A CF de 1988, em seu art. 12, estabelece critérios para classificar um indivíduo em cidadão brasileiro, independente que seu local de nascimento não seja a República Federativa do Brasil (BRASIL, 2010).

Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve início em 1991 quando o governo formulava o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país (VIANA; DAL POZ, 1998).

A ênfase observada na criação da ESF é justificada pela necessidade de substituir um modelo assistencial centrado na doença e no cuidado individual por um modelo sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Dessa forma pode-se afirmar que o PACS é um antecessor da ESF, pois a partir dele foi introduzida uma variável importante estabelecendo um enfoque na família e não tão somente no indivíduo, dentro das práticas de saúde. A estratégia modificou o modo de intervir na saúde, onde não se “espera” mais a demanda “chegar” para intervir, mas age-se preventivamente (VIANA; DAL POZ, 1998).

A ESF tem como princípios básicos substituir o modelo bio-médico hegemônico, trabalhar em equipe multidisciplinar - com território de abrangência definido sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da clientela vinculada (adscrita) a essa área -, e realizar a vigilância em saúde. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a ESF prioriza as ações voltadas para a proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, da infância a terceira idade, de forma integral e contínua (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) está introduzida no primeiro nível de assistência, denominado atenção básica (ANDRADE et al, 2006). As ESFs que funcionam no espaço físico das UBSF foram criadas oficialmente em 1994 e ao final de 2005 contabilizavam mais de 24.000 equipes - das quais 12.000 que tinham a Equipe de Saúde Bucal (ESB) - presentes em 90% dos municípios brasileiros e atendendo a 78 milhões de pessoas, o que representa 44% de toda população (BRASIL, 2006 apud ANDRADE et al, 2006).

Uma característica fundamental da atenção básica é a sua definição como porta de entrada ou serviço de primeiro contato com SUS, com o objetivo de atender a maior parte das necessidades da população e filtrar o acesso aos níveis secundários e terciários (ESCOREL et al., 2007).

Segundo o MS, cada equipe da ESF deverá ser composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outras categorias profissionais poderão ser incorporadas ao

programa de acordo com a necessidade, a exemplo dos dentistas, assistentes sociais, psicólogos e técnicos em saúde bucal (PORTO, 2008).

De um modo geral os objetivos da ESF consistem em integrar as ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar as categorias profissionais com interesse de se obter uma maior compreensão dos problemas de saúde e intervenções eficazes; integrar partes de um organismo vivo; isto implica no cumprimento do princípio da integralidade em favor da reorganização do modelo assistencial (ALVES, 2005).

Propiciar maior abrangência e garantir a qualidade das ações, inclusive com a organização da atenção especializada, é um grande desafio para incorporar toda política do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) a essa estratégia (PORTO, 2008).

### 2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a saúde da mulher foi introduzida às políticas nacionais de saúde no início do século XX. Até aqui, as ações eram voltadas resumidamente à gravidez e ao parto, refletindo numa visão limitada sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais membros da família (BRASIL, 2004a).

O MS desenvolveu o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1984, marcado por uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2004b).

O PAISM preconiza a organização dos serviços de saúde em seus três níveis de assistência – primário, secundário e terciário –, expandindo e consolidando a rede de serviços primários e dando grande importância as atividades identificadas mediante critérios epidemiológicos (PORTO, 2008).

A descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, como também, a integralidade e equidade da atenção foram incorporadas como princípios e diretrizes do PAISM, em um mesmo período que, paralelamente acontecia a Reforma Sanitária, onde se idealizava uma estrutura conceitual que embasaria a formulação do SUS (BRASIL, 2004b).

O PAISM inclui em seus objetivos para a assistência feminina, todas as dimensões da saúde da mulher no seu ciclo vital, desde a puberdade até a pós-menopausa. [...] Saúde da Mulher abrange todo o conjunto de enfermidades e situações que englobem o controle do risco à saúde e ao bem-estar da população feminina (COSTA, 1999 apud OHARA et al., 2010).

O programa inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação (BRASIL, 2004b). Engloba os conteúdos da assistência integral à saúde da mulher, que serão desenvolvidas por meio da assistência clínico-ginecológica, pré-natal e puerpério. Entende-se por assistência clínico-ginecológica o conjunto de ações voltadas para a detecção, diagnóstico e tratamento das enfermidades sistêmicas e do aparelho reprodutivo, incluindo a prevenção do câncer de colo uterino e mama, e orientações sobre planejamento familiar (PEREIRA et al., 2009).

O autor supracitado descreve ainda os objetivos do PAISM que destacamos: implantar ou ampliar as atividades de detecção e controle de câncer cérvico-uterino e de mamas; aumentar a cobertura do atendimento pré-natal; melhorar a qualidade da assistência ao parto; aumentar os índices de aleitamento materno; implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e evitar aborto induzido, mediante a prevenção da gravidez indesejada.

Estudos realizados sobre o PAISM demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas (BRASIL, 2004a, p.61).

A Área Técnica de Saúde da Mulher do MS, no ano de 2003, passou a identificar ainda a necessidade de integração com outras áreas técnicas e ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nos debates e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2004a).

O MS, ainda, com o compromisso de implementar as atividades de saúde que viriam contribuir cada vez mais para a garantia dos direitos humanos da classe feminina e diminuir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, elaborou em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher [...] (BRASIL, 2004b).

Os princípios da humanização e da qualidade da assistência em saúde foram adotados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher como

fundamentais para que as ações do programa se convertam em resolutividade dos problemas detectados; na satisfação das usuárias; no fortalecimento das mulheres frente à identificação de suas demandas; no reconhecimento e respeito aos seus direitos e na promoção do auto cuidado (BRASIL, 2004b).

A Política tem como uma das metas estabelecidas aumentar em até 30% a cobertura da realização da coleta de citologia oncótica (Papanicolaou) na população de risco, que compreende as mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos. Atribui como prioridade reduzir a morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e de mamas na população feminina (BRASIL, 2004a).

O MS (2004b) enfatiza que a prevenção do câncer de colo uterino, como também o diagnóstico precoce e o tratamento requerem a instalação de medidas para sensibilizar e mobilizar a população feminina - com o objetivo de aumentar a procura desse grupo aos serviços de saúde -; investimentos tecnológicos e em recursos humanos, reestruturação da rede de assistência, maior acessibilidade aos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação.

Após transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do SUS, em 2006, o MS numa busca por mudanças significativas para a execução deste sistema de saúde estabeleceu por meio do Pacto pela Saúde como prioridade o Controle de Câncer de Colo de Útero e Mama (BRASIL, 2006a). Revisto em 2008, pela Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro, embora nesta tenham sido estabelecidas novas prioridades, o controle de câncer de colo de útero e mama manteve-se em primazia (BRASIL, 2008). Para o ano de 2009, ficando mantidas as prioridades, a importância do controle dessas doenças manteve seu destaque (BRASIL, 2009).

## 2.4 PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AO CÂNCER DE COLO UTERINO

O MS, por meio da Portaria GM/MS nº 3.040 de 21 de junho de 1998, instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (BRASIL, 1998). Este Programa baseia-se na identificação desta neoplasia em mulheres assintomáticas, por meio do método conhecido como rastreamento ou *screening* (INCA, 2010). O objetivo do programa é diminuir a incidência, mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer do colo de útero (INCA, 2012b).

Ainda segundo o INCA (2011b), o processo de rastreamento do câncer cervical apresenta-se de forma muito complexa em várias etapas: coleta de citologia oncótica,

detecção dos casos positivos (suspeitos de lesão precursora ou câncer), confirmação do diagnóstico e tratamento.

O exame citopatológico (exame de Papanicolaou) é o método de rastreamento do câncer de colo uterino, devendo ser oferecido às mulheres que estejam na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual (INCA, 2012b), e não mais para as mulheres que se encontram na faixa etária de 25 a 60 anos como preconizava o INCA antes da reformulação das diretrizes de rastreamento (INCA, 2011b).

Essa ampliação da faixa etária para o rastreamento deve-se ao aumento da expectativa de vidas das mulheres brasileiras (atualmente, 76 anos), seguindo também a tendência internacional relacionada ao aumento da longevidade (INCA 2011a).

A escolha dessa faixa etária como público alvo do programa justifica-se por um número maior de ocorrências das lesões de alto grau, passíveis de serem tratadas com o objetivo de não evoluírem para o câncer. Segundo a OMS, o surgimento deste câncer é maior entre as mulheres de 30 a 39 anos de idade e atinge seu pico na quinta ou sexta década de vida. Antes dos 25 anos predominam as infecções por Papiloma Vírus Humano (HPV) e as lesões de baixo grau, que regredirão na maioria dos casos espontaneamente, entre seis meses a dois anos após a exposição, devendo ser acompanhadas conforme recomendações clínicas. Também, após os 65 anos de idade, se a mulher tiver feito o exame citopatológico regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolver o câncer cérvico-uterino é reduzido devido a sua lenta evolução (INCA, 2012b).

O INCA (2011b) estabelece recomendações para realização do método de rastreamento:

- ✓ O método de rastreamento do câncer do colo uterino e de suas lesões precursoras será realizado por meio da coleta de citologia oncótica, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos;
- ✓ O início da coleta deve ser aos 25 anos para mulheres que já tiveram relação sexual;
- ✓ A realização da coleta deve continuar até os 64 anos e serem interrompidos após essa idade quando as mulheres tiverem dois exames consecutivos negativos nos últimos cinco anos;
- ✓ Para mulheres com mais de 64 anos que nunca realizaram a coleta, recomenda-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos, se



ambos foram negativos, essas mulheres devem ser dispensadas de exames adicionais.

O controle desse tipo de câncer passa a fazer parte dos planos de saúde nas esferas municipais e estaduais, como uma meta prioritária introduzida no termo do compromisso da gestão, envolvendo todas as esferas governamentais na responsabilidade do controle do câncer de colo de útero, a partir da publicação das Portarias GM/MS nº2429/2005 e GM/MS nº 399/2006, que criaram respectivamente a Política Nacional de Atenção Oncótica e o Pacto pela Saúde (INCA, 2010).

O Plano de Ação para Controle dos Cânceres de Colo e Mama – 2005-2007 propôs seis diretrizes estratégicas: ampliar a cobertura do público alvo, garantir a assistência com qualidade, fortalecimento do sistema de informação, realizar capacitação dos profissionais de saúde, táticas para mobilização social e incentivar o desenvolvimento de pesquisas. O Pacto pela Saúde reafirma que é fundamental a identificação dessas neoplasias precocemente, e determina metas que deverão ser atingidas por estados e município com o objetivo de melhorar o desempenho das atividades prioritárias da agenda sanitária nacional (INCA, 2012b).

#### **2.4.1 Câncer de Colo Uterino**

O câncer cervical é uma neoplasia maligna, oriunda de alterações celulares onde ocorre a disseminação das células anormais de forma progressiva e gradativa. Atinge o epitélio da cérvix uterina, podendo, se não tratado precocemente, evoluir para um carcinoma invasor. Essas alterações estruturais podem levar de 10 a 20 anos para acontecer (BRASIL, 2006 apud FREITAS FILHO, 2011).

O colo (cérvix, cérvix) constitui-se da terça parte do útero da mulher adulta, localizado inferiormente, situado parcialmente dentro do canal vaginal, possui forma cilíndrica e é dividido em duas porções: ectocérvix e endocérvix, onde uma caracteriza-se por apresentar um tecido revestido por epitélio escamoso na superfície junto à vagina, enquanto a outra apresenta epitélio glandular no seu canal, respectivamente (PESSINI; SILVEIRA, 2006).

O câncer de colón pode surgir tanto na porção ectocérvix, como na endocérvix ou em ambas. O mais frequente é o carcinoma epidermóide, iniciado no epitélio da zona de transição (metaplásico), que é precedido por lesões precursoras:

neoplasia intra-epitelial (NIC) ou lesão intra-epitelial escamosa (SIL) (PESSINI; SILVEIRA, 2006).

Ohara et al. (2010) refere que, por meio de vários estudos realizados, foi traçado o perfil epidemiológico da população feminina mais vulnerável ao câncer cérvico-uterino, apresentando as seguintes características: baixo nível socioeconômico, múltiplos parceiros sexuais, atividade sexual iniciada precocemente, infecção pelo HPV, uso do tabaco e de contraceptivos orais, baixa ingestão de vitamina A e C e idade entre 30 e 60 anos.

Segundo o INCA (2000 apud FERREIA; OLIVEIRA, 2005) essa doença surge a partir de mudanças intra-epiteliais, denominadas também de lesões precursoras (NIC e SEL) e pode, no período de cinco a seis anos, se transformar em um processo invasor. Dessa forma, o meio mais eficaz de controlar esse tumor é diagnosticar e tratar as lesões precedentes e as lesões tumorais invasoras em seu estado inicial, quando a cura é possível em quase 100% dos casos.

#### **2.4.2 Prevenção do Câncer de Colo Uterino**

A neoplasia cérvico-uterina pode ser prevenida por meio de tecnologia simples e de baixo custo, capaz de ser introduzida em todos os níveis de assistência, incluindo o primário. No entanto, apesar da coleta citológica ser realizada desde a década de 40, hoje no Brasil a cobertura ainda está abaixo dos 85%, preconizado pela OMS para produzir impacto epidemiológico. Essa cobertura é bem diversificada em diferentes locais (PORTO, 2008).

A prevenção desta neoplasia está dividida em duas categorias: prevenção primária e detecção precoce. Esta primeira se baseia na diminuição do contágio pelo HPV, que ocorre através da relação sexual, presumidamente por meio de abrasões microscópica na pele da região anogenital ou mucosa. O uso de condom durante a atividade sexual com penetração protege parcialmente da infecção pelo HPV, já que também pode ocorrer o contágio por meio do contato com a pele da vulva, região perineal, perianal e escroto (INCA, 2012b).

Segundo a OMS, a estratégia elaborada para a detecção precoce (prevenção secundária) consiste em diagnóstico prévio – onde se desenvolve abordagem de mulheres com sinais e/ou sintomas da doença –, e no rastreamento – aplicação do exame papanicolaou na população assintomática, com o objetivo de detectar lesões

precursoras do câncer e enviá-la para averiguação e tratamento (WHO, 2007 apud INCA, 2012b).

O exame utilizado para diagnóstico é a coleta de citologia oncótica, denominado também citopatológico, um método simples que detecta as lesões pré-plásica e neoplásica, além de identificar alterações benignas como: vaginose bacteriana, tricomoníase, candidíase etc. (OHARA, 2010).

Um estudo feito sobre o citológico do esfregaço cervical constatou que esse é o melhor método custo-efetividade para detecção de lesões antecessoras da neoplasia cervical (BRASIL, 2005 apud FREITAS FILHO, 2011). Kumar et al.(202) diz que lesões pré-cancerosas podem permanecer em um estágio *in situ* por anos e as celular anormais podem se desprender e serem detectadas no exame colpocitológico, esse é o motivo pelo qual esse procedimento é tão eficaz, tendo em vista que a maioria dos casos de câncer cervical são precedida de lesões pré-cancerígenas de longa duração.

Outro estudo “revelou que a sensibilidade (proporção de casos verdadeiros positivos) do teste Papanicolau foi próxima de 79,8% e a especificidade (proporção de casos verdadeiros negativos) foi próxima de 99,9%.” (PINHO; MATTOS, 2002 apud FREITAS FILHO, 2011, p. 37). Esses estudos comprovam o custo-benefício do exame.

### 2.4.3 Coleta de Citologia Oncótica

A palavra citologia é oriunda do grego *kitos* que significa células e de *logos* que significa estudo, ou seja, citologia é a ciência que estuda as estruturas dos citoplasmas e núcleos celulares. O método para avaliação dessas células no microscópio é simples. A maioria das células são incolores, sendo necessário o uso de corantes para melhor visualização, no caso do material cervicovaginal, a lâmina é corada pelo método Papanicolaou. As estruturas celulares ficam, então, mais visíveis ao microscópio, passíveis de serem avaliadas. As células eosinófilas coram-se em tom avermelhado, enquanto que a cianófila coram em tom verde-arroxeadado (PUY SOUZA et al., 2008).

O esfregaço citológico cervicovaginal pode ser de uma colheita única, quando retira-se apenas material da ectocérvice (caso das gestantes, para se prevenir as contrações uterinas), dupla, quando obtém material da ectocérvice e endocérvice, ou tripla, incluindo ecto, endo e fundo de saco vaginal (PESSINI; SILVEIRA, 2006).

Para obtenção desse material utiliza-se um espéculo esterilizado com uma inclinação de 75°, instrumento este que promove a abertura da vagina e melhor

visualização do cólon (GONÇALVES et al., [2002]). Para colher o material da ectocérvice e da junção escamo-colunar, deve-se utilizar preferencialmente uma espátula de madeira denominada Ayre, faze-se uma raspagem na mucosa em movimento rotativo de 360°, ao redor de todo o orifício externo do colo. A colheita endocervical deverá ser feita por meio de uma escovinha, introduzida delicadamente no canal cervical, girando a 360° e realizando o movimento de vai-vem (SÃO PAULO, 2004 apud OHARA et al., 2010).

Para efetuar o esfregaço, a lâmina é dividida em duas metades longitudinais, em uma metade estende-se o material endocérvice e na outra, o ectocervical. Devendo ser realizado em movimentos que impeçam a formação de agregados celulares, que são de difícil interpretação (PUY SOUZA et al, 2008).

Os materiais colhidos deverão ser colocados em uma única lâmina, não havendo necessidade de esfregaços separados em duas ou três lâminas (PESSINI; SILVEIRA, 2006), pois o uso rotineiro de duas lâminas, uma para esfregaço da ectocérvice e a outra para endocérvice, acarreta excessivo aumento de trabalho da equipe incumbida da leitura (PUY SOUZA et al., 2008).

Preservar o estado morfológico das células constitui o objetivo da fixação. Os esfregaços devem ser fixados de maneira imediata para prevenir a dessecação que deforma as células e altera suas afinidades tintoriais (PUY SOUZA et al., 2008). O agente fixador mais utilizado é o álcool a 95%, em forma líquida ou aerossol, nesta última, recomenda-se no momento da pulverização manter uma distância de 20 cm do frasco para a lâmina (SÃO PAULO, 2004 apud OHARA et al., 2010).

As lâminas podem ser rejeitadas quando apresentarem-se sem identificação, irremediavelmente quebradas e com material insatisfatório para avaliação (PUY SOUZA et al., 2008).

Segundo o INCA (2006 apud OHARA et al., 2010) existe critérios que poderão considerar a amostra insatisfatória, cuja a leitura pode ser prejudicada quando apresentar >75% do esfregaço contendo sangue; piócitos; artefatos de dessecação; contaminantes externos e intensa superposição celular.

## 2.5 BAIXO NÍVEL DE COBERTURA DO EXAME PAPANICOLAOU NO BRASIL

O MS, por meio do INCA, estima para o ano de 2012 o surgimento de 17.540 novos casos de câncer de colo uterino no Brasil. Em 2009, esta neoplasia apresentou-se como a quarta causa de morte por câncer em mulheres, com 5.063 números de óbitos (INCA, 2012a). O câncer de colo de útero é o segundo mais frequente na classe feminina, ficando atrás apenas do câncer de mama (INCA, 2011a).

Os números demonstram que o Brasil avançou na sua capacidade de diagnosticar precocemente esse tipo de câncer, já que na década 90, 70% dos casos diagnosticados eram do tipo invasivo, ou seja, o estágio mais avançado da doença. Nos dias de hoje 44% dos casos são lesões precursoras da neoplasia, também denominada *in situ*, considerada uma lesão localizada que, se tratada adequadamente, tem praticamente 100% de chance de cura (INCA, 2012a).

Embora o Brasil tenha sido um dos pioneiros na realização do exame papanicolaou, dados do ano de 2000 mostram que os índices de mortalidade por câncer cérvico-uterino não registrou nenhuma queda nos últimos 20 anos, fato este que pode estar relacionado com a resistência à realização da coleta de citologia oncótica (INCA, 2006 apud CASARIN; PICCOLI, 2011).

Segundo o INCA, ainda no ano de 2002, cerca de 40% das mulheres brasileiras nunca tinham sido submetida ao exame colpocitológico, apesar do método de rastreamento ter sido introduzido no Brasil desde a década de 50 (INCA, 2002 apud CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Os números acima provam que o câncer de colo uterino ainda apresenta-se como um problema de saúde pública no Brasil, informações reafirmadas pelos resultados obtidos pelos programas governamentais de prevenção oferecidos pelo MS para esta neoplasia, que não alcançaram a meta estimada. A cobertura e o número de atendimentos foram inferiores em um quarto do almejado para a primeira campanha em 2002; e na segunda, o alcance foi abaixo da primeira, fatos que comprovam que campanhas neste âmbito ainda não conseguiram uma adesão espontânea (CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Pesquisa desenvolvida por Pinho et al (2003), mostrou que as mulheres que compreende a faixa etária de 25 a 34 anos apresentou menor resistência na realização do exame papanicolaou, uma vez que elas procuram mais a assistência em busca de serviços

de pré-natal e planejamento familiar. Esse evento acaba gerando uma distribuição irregular na cobertura desse exame (PELLOSO; CARVALHO; HIGARASHI, 2004).

Esta baixa cobertura esclarece que o público alvo das mulheres não está sendo atingido, reforçando os dados que confirmam que os programas de prevenção do câncer do colo uterino não estão alcançando as mulheres que apresentam maior risco de desenvolver este tipo de câncer (INCA, 2002 apud HACKENHAAR; CESAR; DOMINGUES, 2006).

Outro fator agravante pode ainda ser informado:

É interessante perceber que, de uma maneira geral, a abordagem de campanhas preventivas enfatiza o conhecimento e o convencimento das mulheres a realizarem os exames, porém cerca de 40% das mulheres que realizam o exame não buscam o resultado (INCA, 2002 apud CRUZ; LOUREIRO, 2008, p.128).

Característica também importante a ser considerada é o fato de um número importante de mulheres conceituarem de forma equivocada o objetivo do exame de prevenção de colo uterino. Muitas vezes há uma distinção pouco clara entre o exame ginecológico e o procedimento para a coleta do exame citopatológico, comprovado pelo fato de que, frequentemente, as mulheres não realizam o exame com o intuito de prevenção, mas porque apresentam queixas ginecológicas (FERNANDES et al., 2009 apud WÜNSCH et al., 2011).

Em 2004, um método de avaliação detectou a necessidade da revisão da estrutura e das estratégias do Programa Viva Mulher, de forma a se arquitetar novos meios que permitam atingir os objetos já preconizados pelo MS. Tais constatações notadas por meio desta avaliação motivaram a construção de um Plano de Ação para o Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero no Brasil 2005 – 2007, plano este que apresentou seis diretrizes, dentre elas, o aumento da cobertura da população alvo (BRASIL, 2006b).

No ano de 2008 foi registrado no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) a realização de 11,8 milhões de exames papanicolaou, dos quais mais de 70% foram realizados na população alvo, que neste referido ano compreendia as mulheres da faixa etária de 25 a 60 anos, representando um aumento de 46% na cobertura em relação ao ano de 1998 (INCA, 2010).

O INCA, no âmbito da detecção precoce, apresenta atualmente uma perspectiva de ampliar a cobertura da população-alvo até o patamar mínimo de 80%,

aprimorando a qualidade das ações na atenção básica e na atenção secundária à saúde, assegurando o adequado seguimento da mulher, com o tratamento efetivo das lesões precursoras (INCA, 2012b).

“Dados das Pesquisas Nacionais de Amostra de Domicílios (PNAD) informam que o percentual de mulheres na faixa etária alvo submetidas ao exame Papanicolaou pelo menos uma vez na vida aumentou de 82,6%, em 2003, para 87,1%, em 2008” (INCA, 2010, p.12).

Embora a neoplasia cérvico-uterina possa ser prevenida por meio de tecnologia simples e de baixo custo, capaz de ser introduzida em todos os níveis de assistência, incluindo o primário, sua cobertura vem encontrando-se abaixo dos índices preconizados pela OMS (cobertura de 85%), contribuindo para impactos epidemiológicos inferiores aos esperados (PORTO, 2008).

Segundo o INCA (2006 apud CASARIN; PICCOLI, 2011), os altos índices de mortalidade por câncer de colo uterino podem estar relacionados com a resistência à realização da coleta de material ecto e endocérvice, obtido por meio do papanicolaou.

O MS (2009 apud FREITAS FILHO, 2011) enfatiza que a meta a ser alcançada é de que 80% das mulheres brasileiras na faixa etária de 25 a 64 anos, façam um preventivo a cada três anos.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa de campo, tendo-se aplicado a abordagem metodológica quantitativa e descritiva, de corte transversal.

Marconi e Lakatos (2007) afirmam que, a pesquisa de campo deverá ser utilizada quando se tem como objetivo obter informações e/ou conhecimento sobre um determinado problema, para qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queria confirmar, ou ainda, descobrir novos fenômenos ou como eles se relacionam entre si.

Utiliza-se o estudo descritivo quando se almeja descrever e expor as características de um determinado fenômeno (RICHARDSON, 2010). O enfoque principal desse estudo reside na vontade de conhecer a sociedade que se estuda, seus traços característicos, as pessoas, seus valores e os problemas vivenciados pela população analisada [...]. Esse estudo tem como objetivo descrever com precisão fenômenos e fatos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 2010).

O método quantitativo é vastamente utilizado na condução da pesquisa, a princípio representa a intenção de garantir a exatidão dos resultados, com o objetivo de se evitar que as análises e interpretações apresentem-se de formas distorcidas, possibilitando, conseqüentemente, estabelecer uma margem de segurança quanto às inferências (RICHARDSON, 2010).

O estudo transversal é um estudo observacional que analisa dados coletados em um grupo de indivíduos em um determinado momento, em vez de durante um lapso de tempo (DAWSON; TRAPP, 2003).

#### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em todas as Unidades Básicas de Atenção Primária à Saúde do município Mossoró/RN, que contabilizaram um número de 43 UBS. Dessa forma, foi possível realizar uma abordagem da amostra com máxima homogeneidade, critério primordial na escolha dos locais para a realização da pesquisa em sua totalidade.



### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo realizado no município de Mossoró-RN, utilizou mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos. De acordo com o último recenseamento, esta perfaz um total de 69.323 mulheres (IBGE, 2010). Considerando um intervalo de 95% de confiança (IC95%;  $z= 1,96$ ), a amostra atingida foi calculada utilizando o modelo estatístico  $n= z^2[p(1-p)]/e^2$ , para populações infinitas ( $N > 10.000$ ), fornecendo o tamanho amostral de 385 mulheres.

### 3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

O instrumento utilizado para coleta de dados constituiu-se de um formulário (APÊNDICE C), previamente validado por ocasião do projeto de pesquisa por teste-preliminar ou pré-teste.

O pré-teste foi aplicado em 5 (cinco) UBS, alcançando uma amostra de 50 (cinquenta) mulheres da população entre 25 e 64 anos. Enfatizamos que esses 50 formulários já aplicados foram entregues a Coordenação de estágios da FACENE/Mossoró e não serão utilizados como amostra da pesquisa. O objetivo desta etapa, concluída na fase de projeto de pesquisa nos permitiu identificar possíveis falhas no método de abordagem que implicassem em possíveis correções no instrumento propriamente dito. Segundo Marconi e Lakatos (2007) a aplicação do pré-teste almeja verificar até que ponto um instrumento têm condições de garantir resolutividade, com ausência de erros.

Validado o instrumento, foi aplicado em toda a amostra. Conforme Nogueira (1968 apud MARCONI; LAKATOS, 2007) o instrumento formulário pode ser definido como uma lista formal, catálogo ou inventário proposto à coleta de dados resultantes do processo observacional ou por interrogatório, na qual o preenchimento é feito pelo próprio entrevistador, à medida que faz as observações ou recebe as respostas do participante.

### 3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Após aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/LTDA, as mulheres participantes foram abordadas nas UBS's, pelas pesquisadoras deste trabalho.

O período de coleta de dados compreendeu os meses entre junho e novembro de 2012, sendo abordadas todas as mulheres que buscavam os serviços de saúde anteriormente referidos, sendo que destas, participaram da amostra as que tiveram idade entre 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio do método estatístico. Segundo Marconi e Lakatos (2007), os procedimentos estatísticos nos permitem conseguir, de conjuntos complexos, representações simplificadas e constatar se essas averiguações simples têm relação entre si. [...] Antes de tudo, seu papel principal é fornecer uma descrição quantitativa da sociedade, considerando um todo organizado.

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica e transferidos para software estatístico SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Para análise da cobertura do exame foram constituídos critérios a fim de classificar uma mulher como resistente ou não resistente. Para este estudo foram consideradas mulheres resistentes aquelas que nunca realizaram o exame colpocitológico, aquelas que realizaram o referido exame a mais de três anos e ainda as que não se lembram da data da última coleta, foram admitidos como exames atualizados ou mulheres não resistentes, usuárias com coleta realizada a menos de 3 anos (INCA, 2011b) Os fatores de risco que influenciam ao desenvolvimento da resistência do exame de citologia oncótica foram calculados pelo *odds ratio* (OR) que estabelece em quantas vezes determinado fator de risco interfere ao desenvolvimento da resistência ou não ao exame com intervalo de confiança a 95%, com significância pelo teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) ou exato de Fisher, quando as frequências esperadas forem inferiores a 5.

Em seguida, compuseram a análise as variáveis que tiveram relação a desenvolvimento da resistência com valor de  $p < 0,20$  e algumas que não apresentaram diferenças significativas, mas que foram consideradas importantes como fator de risco para o desenvolvimento da resistência. Em função do número de variáveis estudadas,

inicialmente foi montados modelos logísticos para cada grupo, das variáveis sociais e específicas de acordo com o formulário. Foram excluídas do modelo logístico as que apresentaram intervalos de confiança de grande amplitude nas estimativas da “odds ratio”, bem como as que apresentaram colinearidades. Sendo assim, compuseram a análise para o modelo final variáveis com nível de significância de  $p < 0,10$ . Estas, por sua vez, foram reagrupadas em um modelo único e novamente avaliados pelo método completo de remoção sucessiva das variáveis. Nesta etapa foi utilizado o nível de significância de  $p < 0,05$ .

### 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todo projeto de pesquisa desenvolvida em seres humanos, realizado no Brasil, deverá ser redigido e guiado na forma estabelecida pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde [...] (VIEIRA; HOSSNE, 2003), estando esse trabalho em conformidade com essas regulamentações. Essa pesquisa também foi embasada e norteadada pela Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), resolução esta que aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem, estabelece critérios para aplicação de pesquisas com seres humanos e orienta os profissionais no que diz respeito ao seu comportamento no campo científico, devendo estes respeitar as normas éticas legais (COFEN, 2007).

Todas as mulheres submetidas a referida pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE B), impresso em duas vias – onde uma ficou de posse do participante e a outra da pesquisadora –, cujo, o modelo está anexado neste trabalho monográfico. Segundo Vieira e Hossne (2003, p.22), o termo de consentimento é definido como “um documento legal, assinado pelo participante ou pelo seu representante legal, cuja finalidade principal é proteger o participante, mas também deve proteger o pesquisador e a instituição”.

A etapa de coleta de dados desta pesquisa, só foi iniciada após a apreciação e aprovação do projeto de pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Nova Esperança/LTDA, por meio de Certidão expedida em 19 de julho de 2012, com CAAE: 02879012.30000.5179 (ANEXO A).

### 3.8 FINANCIAMENTO

A despesa destinada à realização desta pesquisa foi na maioria de responsabilidade da pesquisadora participante, bem como quaisquer outros gastos que vierem a surgir posteriormente, custos estes listados/estabelecidos no orçamento em anexo no projeto de pesquisa.

A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, ofereceu importantes contribuições para o desenvolvimento deste trabalho, disponibilizando o acervo bibliográfico, orientadora, bibliotecária e a banca examinadora.

#### 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Serão apresentados neste capítulo, a análise e discussão dos resultados desta pesquisa, tendo estes sido obtidos utilizando-se como recurso o software estatístico SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e os grupos comparados, obtendo-se *odds ratio* (OR), onde considera-se fator de proteção  $OR < 1$  e fator de risco  $OR > 1$ , intervalos de confiança de 95%, e significância determinada através do teste do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) e exacto de Fisher (frequência esperada inferior a 5).

Por fim, um modelo de regressão logística foi elaborado para estudar, de forma simultânea, os múltiplos efeitos que podem estar envolvidos na formação da resistência à realização de coleta de citologia oncótica. O nível de significância estabelecida foi o valor de  $p < 0,05$ .

Tabela 1 – Caracterização da situação sócio-econômica das mulheres entrevistadas (n=385) com faixa etária entre 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual do Município de Mossoró/RN, em respectivos valores absolutos e relativos.

Variáveis	n	%	p
<b>Idade</b>			
Até 30 anos	85	22,0	<0,001*
Maiores que 30	300	78,00	
<b>Estado civil</b>			
Com companheiro	320	83,1	<0,001*
Sem companheiro	65	16,9	
<b>Anos de estudo escolar</b>			
Até 8 anos	188	48,8	0,646
Igual ou acima de 9 anos	197	51,2	
<b>Trabalha fora de casa</b>			
Sim	204	62,3	0,241
Não	181	37,7	
<b>Total</b>	385	100,0	

\* Significa diferença estatística ( $p < 0,05$ ). Qui-quadrado para proporção.

Fonte: pesquisa de campo (2012)

Das mulheres entrevistadas, 78% (n=300) encontravam-se em idade superior a 30 anos e 83,1% (n=320) admitiram ter companheiro ( $p < 0,001$ ) (Tabela 1).

De acordo com o Modelo de Estágios da Vida Adulta de Levinson (1978 apud TEIXEIRA, 2007), podemos concluir que as mulheres participantes da pesquisa, por estarem majoritariamente com idade acima dos 30 anos, já entraram no mundo adulto, possuem estabilidade, trabalham e produzem. Considerando neste grupo, ainda a existência de mulheres de faixa etária mais elevada, tendo em vista que a idade limite para participação na pesquisa era o de 64 anos, consideramos também a presença de características de mulheres em transição para a meia idade, cuja estrutura de vida pode estar sendo revista e maiores noções de responsabilidade podem estar surgindo.

Estudo semelhante desenvolvido na cidade de Pelotas/RS em 1999/2000 afirma que 79,3% das mulheres que compuseram a amostra, compreendem a faixa etária de 30 a 69 anos, também comprovando que mulheres adultas são as que mais procuram o serviço de prevenção de câncer cérvico-uterino (DIAS-DA-COSTA et al., 2003).

Embora os planejamentos das ações de prevenção e controle do câncer cervical devam priorizar as mulheres da faixa etária de 35 a 59 anos, tendo em vista que esse grupo é o mais acometido por esta neoplasia (PINHO; FRANÇA-JÚNIOR, 2003), devemos considerar que este tipo de câncer pode ocorrer em mulheres jovens que iniciam a atividade sexual na adolescência e trocam constantemente de parceiros, e ainda que, as lesões mais graves também são encontradas nas faixas que podem variar entre 35 e 55 anos (GALVÃO; DIAZ, 1999 apud DAVIM et al, 2005).

Na análise da variável “estado civil” a proporção de mulheres que tem companheiro foi elevado quando comparada as que relataram não ter parceiros ( $p < 0,001$ ). Observa-se que ações de prevenção e controle de câncer cervical devem priorizar usuárias solteiras, pois ainda encontra-se baixo o índice de procura desse grupo pelos serviços de saúde, fato deste confirmado por Dias-da-Costa et al (2003), onde mulheres solteiras e viúvas tem menor cobertura do exame Colpocitológico do que as que referem ter companheiro, assim tornando-se um grupo vulnerável.

Tabela 2- Cobertura e periodicidade da realização do exame colpocitológico nas mulheres da faixa etária entre 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual do Município de Mossoró/RN, em respectivos valores absolutos e relativos.

Variáveis	n	%	P
<b>Já fez exame preventivo</b>			
Sim	366	95	<0,001*
Não	19	05	
Total	385	100	
<b>Periodicidade</b>			
Nenhuma	19	5	<0,001*
Menos de 1 ano	219	57	
Entre 1 e 3 anos	107	28	
Mais de 3 anos	30	8	
Não se lembra	10	2	
Total	385	100,0	
<b>Resistência à realização do exame</b>			
Sim	59	15	<0,001*
Não	326	85	
Total	385	100,0	

\* Significa diferença estatística ( $p < 0,05$ ). Qui-quadrado para proporção.

Fonte: pesquisa de campo (2012)

Sendo também neste trabalho monográfico um dos nossos objetivos, estimar a cobertura e periodicidade da realização do exame colpocitológico nas mulheres da faixa etária entre 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual do Município de Mossoró/RN, por compreendermos sua importância fundamental para estimar o impacto das ações empreendidas e ainda incentivar o planejamento de novas estratégias, apresentaremos os dados obtidos, que serão discutidos em seguida.

Quanto à realização da coleta de citologia oncológica, constatou-se que 95% (n=366) afirmaram ter realizado o exame em pelo menos um momento da vida e 5% (n=19) admitiram nunca ter se submetido ao exame colpocitológico ( $p < 0,001$ ) – (Tabela 2). Estudo elaborado por Oliveira et al. (2006) no município de São Luís, afirma que 82,4% da população feminina realizou o exame colpocitológico pelo menos uma vez na vida, enquanto que o percentual de mulheres que nunca o realizou no município de Londrina/PR perfaz um total de 8%, dado este relatado por Silva et al. (2006), assemelhando-se os estudos citados aos dados obtidos em nossa pesquisa.

O Ministério da Saúde vem promovendo campanhas de incentivo às mulheres para a realização de coleta de citologia oncológica desde o ano de 2002, já que os serviços

de saúde não tem conseguido a adesão espontânea que se deseja. De uma maneira geral, a abordagem de campanhas preventivas enfatiza o conhecimento e o convencimento das mulheres a realizarem os exames, fazendo crescer o número de mulheres que realizaram o exame pelo menos uma vez na vida (INCA, 2002 apud CRUZ; LOUREIRO, 2008).

Quanto a periodicidade na realização do exame, 5% (n=19) não apresentam este dado, já que nunca realizaram o exame, 57% (n=219) relataram ter realizado o exame a menos de 1 ano, 28% (n=107) realizaram no período entre 1 e 3 anos, 8% (n=30) há mais de 3 anos e 3% (10) responderam não se lembrar da data da última coleta (Tabela 2). Somando o número de mulheres com exames realizados a menos de 1 ano com as que realizam entre 1 e 3 anos, encontramos o valor de 85% (n=326) que representa o total de usuárias que se submeteram ao Colpocitológico há menos de 3 anos. Outro estudo aponta para resultados semelhantes aos aqui obtidos, onde Sepulveda e Prado (2005 apud SILVA et al., 2006), afirma que no país Chile, observou-se uma elevação da proporção de mulheres que encontra-se na faixa etária de 25 a 64 anos que realizou esse exame nos últimos 3 anos, passando de 51% no ano de 1991 para 66% no ano de 1996, como consequência houve redução de mortalidade por câncer cérvico-uterino de 11,1 por 100.000 mulheres em 1986 para 6,8 no ano de 2001.

Por meio da análise da resistência, pôde-se considerar a cobertura para este exame no Município de Mossoró/RN de 85%, cobertura esta superior a meta do MS (2009 apud FREITAS FILHO, 2011) estabelecida em 80% e ainda igual a preconizada pela OMS, de 85%, patamar mínimo necessário para causar impactos epidemiológicos na mortalidade e incidência de câncer de colo uterino (PORTO, 2008). A cobertura do exame colpocitológico foi praticamente semelhante em outros dois estudos desenvolvidos em Municípios Brasileiros, apesar das diferentes faixas etárias estudadas e dos diferentes métodos utilizados para avaliação da cobertura. Em Londrina/PR no ano de 2004, das mulheres de 20 a 59 anos 80,7% admitiram ter realizado o Papanicolaou nos últimos três anos (SILVA et al., 2006) e em São Paulo no ano de 2000, 77,3% das mulheres entre 15 a 49 anos realizaram o exame nos últimos três anos (PINHO et al., 2003).



Tabela 3 - Distribuição do risco para resistência à realização de citologia oncótica.

Variáveis	OR	IC- 95%	p
<b>Idade</b>			
Até 30 anos	1,178	0,619-2,275	0,642
Maiores que 30	1		
<b>Estado conjugal</b>			
Com companheiro	0,450	0,234- 0,864	0,015*
Sem companheiro	1		
<b>Anos de estudo escolar</b>			
Até 8 anos	3,490	1,862-6,544	<0,001*
Igual ou acima de 9 anos	1		
<b>Trabalha fora de casa</b>			
Sim	0,425	0,232 – 0,780	0,005*
Não	1		
<b>Falta de tempo</b>			
Sim	1,980	1,062 – 3,693	0,029*
Não	1		
<b>Distancia da casa</b>			
Sim	2,157	0,745 – 6,240	0,177
Não	1		
<b>Desconforto físico</b>			
Sim	3,243	1,675 – 6,279	<0,001*
Não	1		
<b>Pouca ficha</b>			
Sim	1,037	0,440 – 2,448	0,933
Não	1		
<b>Preguiça</b>			
Sim	2,083	1,072 – 4,048	0,028*
Não	1		
<b>Falta de interesse</b>			
Sim	4,670	2,570 – 8,486	<0,001*
Não	1		
<b>Medo do exame</b>			
Sim	9,487	4,664 – 19,298	<0,001*
Não	1		
<b>Vergonha</b>			
Sim	8,838	4,789 – 16,310	<0,001*
Não	1		
<b>Medo da doença</b>			
Sim	4,329	2,114 – 8,865	<0,001*

Não	1		
<b>Profissional masculino</b>			
Sim	2,316	1,268 – 4,228	0,005*
Não	1		
<b>Diagnóstico de CA</b>			
Sim	0,639	0,229 – 1,788	0,376
Não	1		
<b>Queixa ginecológica</b>			
Sim	4,883	2,569 – 9,282	<0,001*
Não	1		
<b>Informações do Profissional</b>			
Sim	0,367	0,186 – 0,724	0,003*
Não	1		
<b>Informações da mídia</b>			
Sim	0,342	0,133 – 0,881	0,03*
Não	1		

OR= Odds Ratio; Intervalo de confiança a 95%.

Fonte: pesquisa de campo (2012)

A partir dos dados analisados na Tabela 3, embora tenhamos concluído que o Município de Mossoró/RN vem apresentado uma boa cobertura na realização de exames colpocitológicos (Tabela 2) nos seus serviços de atenção primária à saúde, seguiremos discutindo as informações que apontam para risco ou proteção para a resistência das mulheres à realização do exame preventivo de câncer de colo uterino.

Levando-se em consideração a variável “estado conjugal”, nota-se fator de proteção para as que admitem ter companheiro, ou seja, mulheres com vida sexual ativa tem menor chance de desenvolver resistência (OR=0,45; IC-95%=0,234-0,864;  $p < 0,015$ ), achado este concordante com a conclusão de uma pesquisa desenvolvida em Grande Rio/RS, que identificou que usuárias sem companheiro fixo apresentam maiores riscos de adquirir resistência ao exame (CESAR et al., 2003), no entanto, Lucena et al. (2011) discorda dos fatos até aqui expressos, onde para o referido autor o estado civil não interfere na realização ou não do exame preventivo de câncer de colo de útero. Já, Silva et al (2011), em seu estudo sobre os fatores relacionados a não continuidade da realização do exame Papanicolaou aponta como um dos principais motivos a ausência de companheiro.

Em nosso estudo, mulheres com baixa escolaridade (anos de estudo inferior a 8) possuem maior risco de não realizarem o exame Papanicolaou (OR=3,490; IC-

95%=1,862-6,544;  $p<0,001$ ), apontando que mulheres bem instruídas (anos de estudo > 9) tendem a se preocupar mais com a prevenção de doenças, concordando com o descrito por Oliveira et al (2006). O referido autor assegura que a cobertura da realização deste teste no grupo de menor escolaridade apresenta menores índices, quando comparado ao grupo com maior escolaridade. Assim como para Cesar et al. (2003) a baixa escolaridade é fator de risco para o desenvolvimento do câncer cervical, esse achado torna-se preocupante, já que o presente estudo demonstra que as mulheres mais vulneráveis são as menos atingidas pelo preventivo.

Aponta-se aqui, como fator de proteção “trabalhar fora de casa”, onde se observou que usuárias com ocupação externa ao seu domicílio tem o dobro de chances de não serem resistentes (OR=0,425; IC-95%=0,232-0,780;  $p<0,005$ ), dado este confirmado pela literatura, a exemplo do trabalho de Silva et al. (2006), onde os altos índices de atraso na realização do exame em mulheres que somente trabalhem em seu domicílio é preocupante, assim como também o referido por Fernandes et al. (2009), que diz que atitudes adequadas frente ao exame Papanicolaou tem maiores proporções entre mulheres que possuem ocupação externa a sua própria residência, ou seja, para elas existe a necessidade de realizar o referido exame periodicamente.

Por meio da nossa análise estatística, a variável “falta de tempo” foi considerada fator de risco (OR=1,980; IC-95%=1,062-3,693;  $p<0,029$ ) para aquelas que admitiram não realizar o teste por esse motivo. Em trabalho desenvolvido por Pinho et al. (2003), o referido motivo, junto com dificuldade financeira e problemas de transporte, apresenta-se como a 4ª causa para as mulheres nunca terem se submetido ao exame preventivo de câncer cervical e que segundo Fernandes et al. (2009), em sua pesquisa realizada no Município de São José de Mipibu/RN, “falta de tempo” é também apontado como barreira para a prática adequada do exame.

Outro fator significativamente relevante nesta pesquisa, na adesão ou não ao colpocitológico é o desconforto físico, já que, estatisticamente (OR=3,243; IC-95%=1,675 -6,279;  $p<0,001$ ) esse motivo influencia 3 vezes mais para fornecer resistência as mulheres que o citaram como causa da não realização do teste. Sentimentos de desconforto físico e psicológicos são frequentemente relatados por usuárias que se submetem ao exame ginecológico, com ou sem coleta de material endo e ectocérvice (PINHO; FRANÇA-JUNIOR, 2003).

Ainda foram apontados como causas de dificuldade para realização do preventivo de câncer de colo uterino “preguiça” (OR=2,083; IC-95%=1,072-4,048;

$p < 0,028$ ) e “falta de interesse” ( $OR=4,670$ ;  $IC-95\%=2,570-8,486$ ;  $p < 0,001$ ), fatores estes relacionados a comodidade. Analisando-se esses fatores, chegou-se a conclusão que os mesmos influenciam 2 e 5 vezes mais, respectivamente, para obtenção da resistência, em nossa pesquisa. Para Silva et al. (2006), entre os principais motivos citados pelas mulheres que nunca realizaram o colpocitológico faz-se presente a falta de interesse, perfazendo um total de 13,1%.

Tanto a variável “medo do exame” como “medo da doença” foram consideradas fatores de risco. Na primeira, o nível de risco para resistência apresentou-se 10 vezes maior ( $OR=9,487$ ;  $IC-95\%=4,664-19,298$ ;  $p < 0,001$ ) e na segunda 5 vezes maior ( $OR=4,329$ ;  $IC-95\%=2,114-8,865$ ;  $p < 0,001$ ) do que naquelas que não citaram tais motivos como obstáculos para realização do Papanicolaou. Para Lopes (1998 apud FERREIRA, 2009), as mulheres que referenciam medo do exame e que nunca o realizaram, desenvolvem impressões negativas por causa de experiências vividas por outras pessoas tomando a escolha por não realiza-lo. Ainda para o mencionado autor, relatos na literatura apontam que o medo do resultado positivo para câncer cervical é uma das principais causas para que usuárias não retornem para receber o resultado do Papanicolaou. Com relação a este fato, um estudo internacional desenvolvido por Lazcano-Ponce (1998 apud FERREIRA, 2009) no país do México confirma esta realidade, onde a mistificação do câncer como uma doença incurável desvaloriza o método de prevenção, já que em algumas usuárias prevalece uma postura conformista de ter uma doença pela qual não se pode fazer nada contra.

Outros fatores expressos como obstáculos para realização do exame Papanicolaou foram o sentimento de “vergonha” e a realização deste por um “profissional do sexo masculino”. Dados do presente estudo apontam o risco das mulheres desenvolverem resistência 8 vezes maior quando admitem sentir vergonha ( $OR=8,838$ ;  $IC-95\%=4,789-16,310$ ;  $p < 0,001$ ) e 2 vezes a mais quando relatam recusarem o exame com profissionais masculinos ( $OR=2,316$ ;  $IC-95\%=1,268-4,228$ ;  $p < 0,005$ ). Para Ferreira (2009), mulheres que assim se comportam, tornam-se vulneráveis ao câncer cérvico-uterino, já que sentimentos de vergonha e constrangimento relatados por usuárias que se submetem ao exame dificultam a sua aceitação novamente; enfatiza ainda que esse sentimento acentua-se quando a prática do teste é exercida por profissional masculino. Em estudo desenvolvido por Pinho et al. (2003) no Município de São Paulo/SP, “vergonha” foi apontado como a segunda causa referida por aquelas que nunca realizaram o Papanicolaou.

Observou-se nesta pesquisa que o risco para adquirir resistência é quase 5 vezes maior (OR=4,883; IC-95%=2,569-9,282;  $p < 0,001$ ) em mulheres que somente realizam a coleta de citologia oncótica quando apresentam queixas ginecológicas. Estudo realizado por Pinho et al (2003) mostrou que 18,3% de sua amostragem relatou como principal motivo para realização do último Colpocitológico a presença de queixas ginecológicas, ainda nesse estudo foi observado que a realização deste exame por causa de problemas ginecológicos teve maior adesão entre mulheres provenientes das classes econômicas D e E (24,2%) e que não ter problemas ginecológicos foi o principal ensejo citados por aquelas que nunca fizeram o teste, cujo a porcentagem foi de 45,3%. Esses dados confirmam que muitas usuárias ainda conceituam erroneamente o papel do Colpocitológico e fazem pouca distinção entre uma consulta ginecológica e o objetivo do exame Papanicolaou, tendo em vista que as mesmas acreditam somente ser necessário fazer a coleta quando apresentarem sinais e sintomas ginecológicos, merecendo destaque o grupo de usuárias menos favorecidas economicamente.

Para a análise estatística aqui descrita, ter conhecimento a cerca do câncer cervical é fator de proteção, já que o presente trabalho monográfico afirma que usuárias que detém conhecimento por meio de “profissionais de saúde” (OR=0,367; IC-95%=0,186-0,724;  $p < 0,003$ ) e “mídia” (OR=0,342; IC-95%=0,133-0,881;  $p < 0,03$ ) sofrem menor risco de adquirir resistência ao exame. Pesquisa realizada por Fernandes et al. (2009), afirma que 98,1% das mulheres já tinha ouvido falar no colpocitológico, no entanto, destas, somente 46,1% possuía conhecimento adequado, ou seja, além de ter ouvido falar no procedimento, também sabia que sua finalidade era a prevenção de câncer, e 40% das entrevistadas mencionaram o profissional médico como informante deste exame. Mesmo com os altos índices de conhecimento a cerca desta patologia, para Pinho et al. (2003) é preocupante a falta de compreensão da importância do referido exame para um determinado grupo, pois esse fato se constitui um desafio para os serviços de saúde, pois dificulta que os objetivos das ações de controle e prevenção para esta neoplasia atinja principalmente aquelas mulheres de maior risco.

Concluindo a análise dos dados desse estudo apresentaremos a seguir (Tabela 4), a regressão logística que nos permitirá visualizar de forma mais clara e aprofundada os resultados obtidos anteriormente já discutidos.

Tabela 4 - Variáveis que permaneceram no modelo final da análise multivariada.

Variável	OR	IC- 95%	p
Vergonha	5,103	2,405 – 10,824	<0,001
Medo do exame	3,142	1,333 – 7,403	0,009
Anos de curso escolar até 8 anos	2,603	1,284 – 5,277	0,008
Falta de interesse	2,102	1,032 – 4,280	0,041
Estado civil – com companheiro	0,420	0,190 – 0,925	0,031
Informações profissionais	0,337	0,150 – 0,755	0,008

OR= Odds Ratio; Intervalo de confiança a 95%.

**Fonte:** pesquisa de campo (2012)

Considerando as variáveis significativas de fator de proteção aquelas que apresentaram  $OR < 1$ , encontramos “estado civil – com companheiro” e “informações profissionais”. Considerando as variáveis significativas de fator de risco  $OR > 1$ , encontramos “vergonha”, “medo do exame”, “anos de curso escolar até 8 anos” e “falta de interesse”.

Dentro deste modelo de regressão logística as variáveis por questões culturais “vergonha” e “medo do exame” apresentam-se como as mais significantes de risco para resistência ao exame. A variável “falta de tempo” relacionada a comodidade também aparece como uma das mais significantes.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta etapa nos deteremos em apresentar as considerações pertinentes aos resultados encontrados por meio da conclusão deste estudo sobre a coleta de citologia oncótica, sua cobertura e fatores associados à resistência para realização do exame no município de Mossoró/RN.

Nesta pesquisa realizada com 385 mulheres de faixa etária de 25 a 64 anos de idade e que referiram já ter tido relação sexual, os dados após analisados e discutidos apontam para um grupo pesquisado caracterizado por mulheres acima de 30 anos, com vida sexual ativa, com bom nível de escolaridade e em sua maioria exercendo atividades fora do lar.

Por meio da análise estatística desenvolvida neste trabalho monográfico, o Município de Mossoró/RN possui uma cobertura de 85% de realização de exames citológicos. Estando este dado superior ao intencionado pelo MS e adequado a meta da OMS, acreditamos que aqui, as estratégias utilizadas pelos serviços de atenção primária à saúde na prevenção do câncer de colo uterino, estejam promovendo resultados satisfatórios.

A identificação de fatores que influenciam as mulheres para o desenvolvimento da resistência a realização da coleta de citologia oncótica, como os anos de estudos escolares apontam para o fato de que a educação e o aprendizado podem levar os indivíduos ao conhecimento de seus problemas de saúde e, ainda mais, que pelas novas políticas públicas de saúde a assistência ofertada mais adequada é a prevenção.

O medo do exame e a falta de interesse, que também vêm influenciar a resistência das mulheres ao papanicolaou, apontam para a necessidade de formas inovadoras de trabalhos educativos, que proporcionem às mulheres o conhecimento não apenas dos benefícios do exame, mas também da forma como ele é realizado. Tendo compreensão dos procedimentos técnicos, embora de forma rudimentar, o medo do exame pode ser suprido. A renovação de métodos para a busca ativa de mulheres, de uma forma que mais atraia a sua atenção pode influenciar para que a comodidade de procurar o serviço de saúde seja superada.

O estado civil das mulheres pesquisadas e as informações recebidas por estas, fornecidas pelos profissionais de saúde, vêm influir positivamente na busca pela realização do preventivo. Entendemos que a constituição de um núcleo familiar, possivelmente vem incitar nas mulheres uma maior responsabilização pela sua saúde,

especialmente pela compreensão de que outros, agora, dependem de sua pessoa, fazendo com que estas passem a adotar uma nova postura para prevenção. A atuação diferenciada de profissionais de saúde, oferecendo informações que sensibilizem as mulheres e facilitem a quebrar de tabus, podem superar fatores que estejam impedindo a busca pelo exame.

Tento conseguido atingir os objetivos propostos que resultaram na solução do nosso problema de pesquisa, concluímos que nossa hipótese sugerida pelo fato que a maior parte das mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual não realiza o exame de prevenção de câncer de colo uterino por fatores relacionados às questões de comodidade e culturais foi confirmada.

Por considerarmos pertinente, acrescentamos ainda, nossas impressões durante o percurso pela completa territorialização de abrangência da ESF definida no município de Mossoró/RN, já que pudemos perceber que as UBS são acessíveis à população adscrita, nos deixando, embora de forma subjetiva, cientes de sua contribuição positiva para a realização de ações de rastreamento de câncer do colo uterino.

Conhecer os fatores de resistência é sem dúvida o primeiro passo para definir táticas de intervenções mais adequadas às necessidades da realidade das nossas mulheres, no entanto o estudo sinaliza para a necessidade de trabalhos técnicos associados às estratégias que busquem sensibilizá-las tomando por base em aspectos que vão além de um simples convencimento, tratando-se de conceitos mais complexos, que envolvem, certamente, transformações culturais.

Além disso, novos trabalhos científicos sobre os resultados obtidos nesta pesquisa torna-se imprescindíveis. A obtenção do conhecimento aqui descrito, não pode limitar-se a uma simples obtenção de resultados. Pretende-se, seguidamente à publicação científica dos resultados aqui obtidos, partir-se em busca da construção de um Projeto de Pesquisa em nível de Dissertação de Mestrado, onde a variável “vergonha”, incidida sobre análise fatorial possa ser amplamente investigada no âmbito dos fatores de risco para resistência à coleta de material para realização de citologia oncológica.



## REFERÊNCIAS

- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf> > Acesso em: 28 fev. 2012.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro et al. A estratégia saúde da família. In.: DUCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BERTOLOZZI, Maria Rita; GREGO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 30, n. 3, p. 380-398, 1996. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04.pdf> > Acesso em: 28 fev. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.040 de 21 de junho de 1998. **Institui o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino**. 1998. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3040.htm> > Acesso em: 09 mar. 2012.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de atenção básica – n.º 13: controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 325 de 21 de fevereiro de 2008. **Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação**. 2008. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm> > Acesso em: 23 mar. 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Manual de instruções 2009: SISPACTO**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil: Texto promulgado em 5 de outubro de 1988**. Brasília: Senado Federal, 2010. Disponível em: <

[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf) > Acesso em: 28 fev. 2012.

CASARIN, Micheli Renata; PICCOLI, Jaqueline da Costa Escobar. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santos Ângelo/RS. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3925-3932, 2011.

CESAR, Juraci A. et al. Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.19, p. 1365-1372, 2003.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 6. ed. São Paulo: Cortez; DEDEC, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Nº 311 de 08 de fevereiro de 2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em: < [http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/resolucao_311_anexo.pdf) > Acesso em: 17 mar. 2012.

COTRIM, Gilberto. **História global: Brasil e geral**. São Paulo: Saraiva, 2005.

CRUZ, Luciana Maria Brito; LOUREIRO, Regina Pimentel. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.2, p. 120-131, 2008.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame Papanicolaou. **Rev. Esc. Enferm. UNP**, v.3, n.39, p. 296-320, 2005.

DAWSON, Beth; TRAPP, Robert G. **Bioestatística: básica e clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 2003.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares et al. Cobertura do exame colpogitológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n.19, p. 191-197, 2003.

ELIAS, Paulo Eduardo. Análises sobre a reforma sanitária e concepções políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. **Rev. Saúde soc.**, São Paulo, v.2, n.1, p. 59-73, 1993. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v2n1/06.pdf> > Acesso em: 28 fev. 2012.

SCOREL, Sarah et al. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am Public Health**, v. 21, n.2, p.164-176, 2007. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf> > Acesso em: 28 fev. 2012.

FERNANDES, José Veríssimo et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.5, n.43, p. 851-858, 2009.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.2, n.13, p. 378-384, 2009.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; OLIVEIRA, Cristiane de. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.1, n.52, p.5-15, 2005.

FONTINELE JÚNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família: comentado**. 2. ed. Goiânia: AB, 2008.

FREITAS FILHO, Lindolfo de Almeida. **O exame papanicolau e o diagnóstico das lesões invasoras do colo de útero**. 46 f. Monografia (Especialização em Citologia Clínica) – Universidade Paulista, Recife, 2011. Disponível em: < <http://www.cceursos.com.br/biblioteca/citologia/16.pdf> > Acesso em: 09 mar. 2012.

GERALDES, Paulo Cesar. **A saúde coletiva de todos nós**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 1992.

GONÇALVES, Roberta Lima et al. **Exame de prevenção do câncer cérvico-uterino: fatores que interferem na sua realização em Sumaré – PB**. [2002]. Disponível em: < <http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/Exame%20de%20prevencao%20do%20cancer%20cervico-uterino.pdf> > Acesso em: 09 mar. 2012.

HACKENHAAR, Arnildo A.; CESAR, Juraci A.; DOMINGUES, Marlos 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. **Ver. Bras. Epidemiol.**, v. 9, n.1, p. 103-111, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> > Acesso em: 09 mar. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer de colo uterino**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

\_\_\_\_\_. **Lançadas novas diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil**. 2011a. Disponível em: < [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/novas\\_diretrizes\\_para\\_rastreamento\\_do\\_cancer\\_do\\_colo\\_do\\_uterio\\_no\\_brasil\\_serao\\_lancadas\\_nesta\\_segunda](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/novas_diretrizes_para_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_no_brasil_serao_lancadas_nesta_segunda) > Acesso em: 09 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2011b. Disponível em: <

[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes\\_rastreamento\\_cancer\\_colo\\_uterio.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf)  
> Acesso em: 09 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Colo do útero.** 2012a. Disponível em: <  
[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio) >  
Acesso em: 09 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Controle do Câncer de colo do Útero.** 2012b.  
Disponível em: <  
[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9ab3788046aa6903a610ff0d18967bc0/pdf\\_pncc\\_colouterio.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9ab3788046aa6903a610ff0d18967bc0](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9ab3788046aa6903a610ff0d18967bc0/pdf_pncc_colouterio.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9ab3788046aa6903a610ff0d18967bc0) > Acesso em: 09 mar. 2012.

KUMAR, Vianay et al. **Robbins e Contran: patologia, bases patológicas das doenças.** 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LUCENA, Lorena Taurino de et al. Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. **Ver, Pam-Amaz. Saúde**, v.2, n.2, p. 45-50, 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MELO, Enirtes Caetano Prates; CUNHA, Fátima Terezinha Scarparo; TONINI, Teresa. Políticas de saúde pública. In.: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida (Org.). **Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública.** São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina et al. Saúde da Mulher. In.: OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade.** 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

OLIVEIRA, Márcia Maria Hiluy Nicolau et al. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luis, Maranhão. **Ver. Bras. Epidemiol.**, v.3, n.9, p.325-334, 2006.

PELLOSO, Sandra Marina; CARVALHO, Maria Dalva de Barros, HIGARASHI, Ieda Harumi. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v.26, n.2, p. 319-324, 2004.

PEREIRA, Adriana Lemos et al. Programas de atenção à saúde. In.: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida (Org.). **Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública.** São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009.

PESSINI, Suzana Arenhart; SILVEIRA, Gustavo Py Gomes da. Câncer Genital Feminino. In.: DUCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PINHO, Adriana de Araújo; FRANÇA-JUNIOR, Ivan. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste Papanicolaou. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, v.1, n.3, p. 95-112, 2003.

PINHO, Adriana de Araújo et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.19, p. 5303-5313, 2003.

PORTO, Yula Franco. Os programas oficiais para a atenção à saúde da mulher. In.: CAMARGOS, Aroldo Fernando et al. **Ginecologia ambulatorial: baseada em evidências científicas**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

PUY SOUZA, Irene Edith et al. Colpocitologia oncótica. In.: CAMARGOS, Aroldo Fernando et al. **Ginecologia ambulatorial: baseada em evidências científicas**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

SAITO, Raquel Xavier de Souza. Políticas de saúde: princípios, diretrizes e estratégias para estruturação de um sistema único de saúde. In.: OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Sela Regina de Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia de saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.53-66, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05.pdf> > Acesso em: 28 fev. 2012.

SILVA, Daniela Wosiak da et al. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginicol. Obstet.**, v.1, n.18, p. 24-31, 2006.

SILVA, Jennyfer Martins de Aguiar et al. Fatores relacionados a não continuidade da realização do exame citológico Papanicolau. **Percorso Acadêmico**, Belo Horizonte, v.1, n.2, p. 225-239, 2011.

SILVA, Pamella Ferreira. O movimento sanitário brasileiro. **Rev. Arte e Ciências**. [São Paulo], 2008. Disponível em: < <http://www.webartigos.com/artigos/o-movimento-sanitario-brasileiro/7591/> > Acesso em: 28 fev. 2012.

TEIXEIRA, Ana Cristina. **Avaliações psicossociais de adultos de meia idade**. 66 f. Monografia (Graduação em Educação física) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2007.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2010.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 11-48, 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf> > Acesso em: 28 fev. 2012.

VIEIRA, Sônia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia científica para a área da saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

WÜNSCH, Simone et al. Coleta de citopatológico de colo uterino: saberes e percepções de mulheres que realizam o exame. **Revista de enfermagem UFSM**, v.1, n.3, p. 360-368, 2011. Disponível em: < <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2543/2385> > Acesso em: 09 mar. 2012.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – FORMULÁRIO

### 1-DADOS DA USUÁRIA

1.1 Idade: \_\_\_\_\_

1.2 Situação Conjugal:

- casada  
 união consensual  
 sem companheiro  
 com companheiro

1.3 Escolaridade (anos)

- $\geq$  a 9 anos       5 a 8 anos       0 a 4 anos

1.4 Renda familiar:

- $>$  3 salários mínimos     1 a 3 salários mínimos      $\leq$  1 salário mínimo

1.5 Ocupação

A Sra. trabalha fora de casa?  Sim  Não

### 2 DADOS REFERENTES A REALIZAÇÃO E PERIODICIDADE DA COLETA

2.1 Já realizou o exame preventivo para Câncer de Colo Uterino?  Sim  
 Não

2.2 Se sim: Há quanto tempo?

- Menos de um ano  
 De 1 a 3 anos  
 Mais de três anos  
 Não lembra

### 3 FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR PARA RESISTÊNCIA À COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA

#### 3.1 Fatores relacionados à comodidade

A Sra. deixa de realizar o exame preventivo por falta de tempo?

- Sim  Não

A Sra. deixa de realizar o exame preventivo pela distância de sua casa para o serviço de saúde?

- Sim  Não

A Sra. deixa de realizar o exame preventivo pelo desconforto físico durante sua realização?

- Sim  Não

A Sra. deixa de realizar o exame preventivo por “poucas fichas” do exame na unidade de saúde?



Sim  Não

A Sra. deixa de realizar o exame preventivo por preguiça?

Sim  Não

A Sra. deixa de realizar o exame preventivo por falta de interesse?

Sim  Não

### **3.2 Fatores relacionados à questões culturais**

A Sra. deixa de realizar o exame preventivo por medo do exame?

Sim  Não

A Sra. deixa de realizar o exame preventivo por vergonha?

Sim  Não

A Sra. deixa de realizar o exame preventivo por medo da doença?

Sim  Não

A Sra. deixa de realizar o exame preventivo por causa de sua religião?

Sim  Não

A Sra. deixa de fazer o preventivo se o profissional que for realizar o exame for do sexo masculino?

Sim  Não

### **3.3 Fatores relacionados ao conhecimento das mulheres sobre o exame preventivo de câncer de colo uterino**

O exame preventivo serve para diagnosticar câncer?

Sim  Não

A Sra. realiza o exame preventivo apenas quando está apresentando queixas ginecológicas?

Sim  Não

A Senhora já recebeu informação de profissionais de saúde quanto a importância da realização do exame preventivo?

Sim  Não

A Senhora já viu na TV, rádio, jornal ou revistas informações sobre a importância da realização do exame preventivo?

Sim  Não

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada

Senhora:

---

eu, Samara Naiara Valcácio Silva, pesquisadora assistente, aluna regularmente matriculada no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança - FACENE, sob a orientação da pesquisador(a) responsável, Jussara Vilar Formiga, estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título **“COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA: cobertura e fatores associados à resistência para realização do exame”**. Tem-se como objetivo geral conhecer a cobertura da realização do exame colpocitológico e os fatores associados a não realização da coleta de citologia oncótica nas mulheres da faixa etária entre 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual do Município de Mossoró/RN e como objetivos específicos: caracterizar a situação sócio-econômica das mulheres entrevistadas; estimar a cobertura e periodicidade da realização do exame colpocitológico; caracterizar o grupo quanto à presença de resistência frente à execução do exame e identificar os fatores que influenciam para o desenvolvimento da resistência a realização da coleta de citologia oncótica relacionada à comodidade, às questões culturais e ao conhecimento das mulheres sobre o exame.

Justifica-se essa pesquisa pela sua importância e benefícios em, acreditamos que pesquisas que apontem os motivos da não realização do exame papanicolaou são de grande importância para os serviços de Saúde Pública no Brasil. Transformando os dados obtidos em subsídios para o enfrentamento dos problemas descobertos e, a partir de então, poderemos apontar soluções que possam alcançar uma maior adesão e cobertura desse procedimento.

Convidamos a senhora participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre dados pessoais e outras sobre coleta de citologia oncótica. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo não apresenta risco aparente aos seus participantes.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pelas pesquisadoras. Caso decida não participar da

pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor(a) na realização desta pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que os(as) pesquisador(as) me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE.

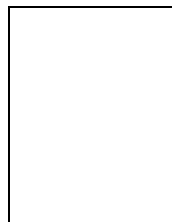
Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

---

Jussara Vilar Formiga  
Pesquisadora Responsável - (84) 9627-3276

---

Samara Naiara Valcácio Silva  
Pesquisadora Participante - (84) 8838-2296




---

Participante da Pesquisa/Testemunha

Mossoró-RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

Endereço (Setor de Trabalho) da Pesquisadora Responsável:  
Av. Presidente Dutra, 701 Bairro: Alto de São Manoel – Mossoró/RN  
CEP: 59.628-000 Fone/Fax: (084) 3312-0143  
e-mail: jussaravilar@facenemossoro.com.br

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa  
R. Frei Galvão, 12 Bairro: Gramame – João Pessoa/PB  
CEP: 58.000-000 Fone: (083) 2106-7792  
e-mail: cep@facene.com.br

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PRE-TESTE**


Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, \_\_\_\_\_, cidadã brasileira, em pleno exercício de meus direitos me disponho a participar da pesquisa “**COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA: cobertura e fatores associados à resistência para realização do exame**” sob a responsabilidade das pesquisadoras Jussara Vilar Formiga e Samara Naiara Valcácio Silva.

O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado pelas pesquisadoras de que:

1. A pesquisa tem como objetivo identificar os fatores associados a não realização da coleta de citologia oncótica nas mulheres da faixa etária entre 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual do Município de Mossoró/RN.
2. Os dados serão coletados através de um formulário, por meio de um pré-teste, para orientar a elaboração do formulário definitivo que será utilizado na etapa seguinte desta pesquisa;
3. Minha participação é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização;
4. Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais;
5. Ao final dessa pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com as pesquisadoras.

Mossoró-RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Jussara Vilar Formiga  
Pesquisadora Responsável  
(84) 9627-327



\_\_\_\_\_  
Samara Naiara Valcácio Silva  
Pesquisadora Participante  
(84) 8838-2296

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa/Testemunha

**ANEXOS**

## ANEXO A – CERTIDÃO



**Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.**  
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da  
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN  
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

### CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 9º Reunião Extraordinária realizada em 10 de Julho 2012 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "COLETA DA CITOLOGIA ONCÓTICA: COBERTURA E FATORES ASSOCIADOS À RESISTÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME", protocolo número: 63/12, CAAE: 02879012.3.0000.5179 e Parecer do CEP: 58292 da orientadora (pesquisadora responsável): **Jussara Vilar Formiga** e da aluna (pesquisadora participante): **Samara Naiara Valcácio Silva**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 31/12/2012, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 19 de Julho de 2012

Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.  
 Rosa Rita da Conceição Marques  
 Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

**Rosa Rita da Conceição Marques**  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

*Karine Figueira da Silva Mendes*  
 Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil  
 CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777