

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS  
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

**COORDENADORIA DE ENFERMAGEM**

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E O PERFIL DE  
MULHERES QUE FREQUENTAM A UBS - MARIA ISABEL  
NA CIDADE DE ASSIS - SP**

**BARBARA DE MAURO CARDOSO  
RENATA GUERRA PEROSA**

**ASSIS-SP  
2009**

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS  
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

**COORDENADORIA DE ENFERMAGEM**

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E O PERFIL  
DE MULHERES QUE FREQUENTAM A UBS - MARIA ISABEL  
NA CIDADE DE ASSIS - SP**

**BARBARA DE MAURO CARDOSO  
RENATA GUERRA PEROSA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Coordenadoria do Curso de  
Enfermagem da FEMA / IMESA, como  
requisito parcial para a obtenção do título de  
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Enf. Rosângela Gonçalves  
da Silva

**ASSIS-SP  
2009**

**BARBARA DE MAURO CARDOSO  
RENATA GUERRA PEROSA**

**PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E O PERFIL DE  
MULHERES QUE FREQUENTAM A UBS - MARIA ISABEL NA CIDADE DE  
ASSIS - SP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenadoria do Curso de Enfermagem da FEMA / IMESA, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

PROF. Enf. Rosângela Gonçalves da Silva  
Orientadora

---

PROF. Enf. Márcia Patrícia Caetano Simines  
Examinadora

---

PROF. Enf. Mariana Goering Barreiro  
Examinadora

## **DEDICATÓRIA**

Dedicamos este trabalho aos nossos pais Luis e Sueli; Ademir e Olívia, por estarem sempre presentes ao nosso lado, incentivando e apoiando a enfrentar todas as barreiras e ajudando a realizar os nossos sonhos.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus nosso pai, que sempre esteve presente ao nosso lado, iluminando, protegendo, ajudando nos momentos mais difíceis e por ter nos concedido esta vitória.

A toda nossa família que não pouparam esforços para essa conquista e por terem acreditado no nosso potencial, pela paciência em tolerar nossas ausências durante toda essa trajetória.

Aos nossos namorados Rafael Marcelo; Leonardo Victorino Netto, pelo carinho, companheirismo e por fazerem à diferença em nossas vidas.

À nossa professora e orientadora Rosângela Gonçalves da Silva pelo incentivo, carinho, compreensão, simpatia e competência para nos conduzir no desenvolvimento deste trabalho.

Aos nossos amigos por estarem sempre presentes nas trocas de informações e que juntos torceram para que pudéssemos vencer essa batalha.

À Unidade Básica de Saúde, pela oportunidade concedida para realização da pesquisa.

Às mulheres, sujeitos de estudo desta pesquisa, pela colaboração e atenção para conosco.

E a todos que contribuíram direta e indiretamente na elaboração deste trabalho.

*“A sabedoria da vida não consiste em fazer aquilo que se gosta, mas em gostar do que se faz”.*

(Leonardo da Vinci)

## **RESUMO**

O objetivo principal desse trabalho de pesquisa surgiu da curiosidade de identificar o perfil das mulheres que freqüentam a Unidade Básica de Saúde, analisar o seu conhecimento sobre a realização do exame e da prevenção do câncer de colo do útero, visto que há um índice elevado de mortalidade e morbidade provocado por esta neoplasia, na faixa etária considerada de risco, tornando-se em um evidente problema de saúde pública.

Este estudo buscou ainda identificar os motivos que levam essas mulheres a procurar o serviço de saúde para realização do exame e os possíveis motivos que possam interferir na decisão da mulher em buscar a prevenção do câncer de colo do útero.

O estudo trata-se de uma abordagem quantitativa e qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, a amostra constitui-se de 50 mulheres que freqüentaram a unidade básica de saúde do Maria Isabel na cidade de Assis/SP, no período de junho e julho/2009. Os dados foram obtidos por meio de formulário, contanto 22 questões. Os resultados foram analisados através da leitura do material obtido pro meio da caracterização das mulheres do estudo. Na análise dos dados podemos identificar nos sujeitos envolvidos que a maioria tinha entre 20 a 30 anos, eram na maioria casadas, alfabetizadas.

Observamos que a maioria delas tem o conhecimento sobre a importância do exame preventivo, entretanto desconhecem quais os métodos de prevenção do câncer de colo uterino.

**PALAVRAS-CHAVE: CÂNCER UTERINO, PREVENÇÃO, PAPANICOLAOU**

## **ABSTRACT**

The main goal of this research work came from curiosity to identify the profile of women who attend the Basic Health Unit, analyze their knowledge of the exam and preventing cancer of the cervix, as there is a high rate of mortality and morbidity caused by this cancer in the age group considered at risk, making it clear in a public health problem.

This study sought to further identify the reasons why these women to seek health services for the examination and possible reasons that may interfere with the woman's decision to seek the prevention of cancer of the cervix.

The study is a quantitative and qualitative approach, exploratory and descriptive, the sample consisted of 50 women who attended a basic health unit of Maria Isabel in the city of Assis/SP, between June and July / 2009. Data were obtained using a questionnaire provided 22 questions. The results were analyzed by reading the material obtained through the pro characterization of women in the study. In the data analysis we can identify the persons involved that the majority were aged 20 to 30 years, were mostly married, literate.

We found that most of them have knowledge about the importance of Pap, however know what methods of prevention of cervical cancer.

**KEYWORDS: UTERINE CANCER, PREVENTION, PAPANICOLAOU**

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a idade.....29
- Gráfico 2-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a raça.....29
- Gráfico 3-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao estado civil.....30
- Gráfico 4-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a situação conjugal.....30
- Gráfico 5-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao grau de escolaridade.....31
- Gráfico 6-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a ocupação atual. ....31
- Gráfico 7-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a renda familiar. ....32
- Gráfico 8-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao exame de Papanicolaou. ....32
- Gráfico 9-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação aos fatores que interferem para a não realização do exame.....33
- Gráfico 10-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação motivos que as levaram a realização do exame.....33

<b>Gráfico 11-</b> Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a quantidade de exames realizados.....	34
<b>Gráfico 12-</b> Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a frequência que realiza o exame.....	34
<b>Gráfico 13-</b> Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a importância e o entendimento sobre o exame.....	35
<b>Gráfico 14-</b> Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação aos problemas ginecológicos. ....	35
<b>Gráfico 15-</b> Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao conhecimento dos métodos de prevenção.....	36
<b>Gráfico 16-</b> Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao uso de tabaco.....	36
<b>Gráfico 17-</b> Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a ingestão de bebida alcoólico. ....	37
<b>Gráfico 18-</b> Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao início da atividade sexual. ....	37
<b>Gráfico 19-</b> Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao número de gestações. ....	38
<b>Gráfico 20-</b> Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a gestações que terminaram em aborto.....	
<b>Gráfico 21-</b> Mulheres que procuraram o serviço de saúde, que mantém relação sexual com único parceiro.....	39

**Gráfico 22-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao uso de anticoncepcional.....39

**Gráfico 23-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao seu conhecimento em ter adquirido alguma DST. ....40

## SUMÁRIO

1.APRESENTAÇÃO.....	14
2.REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 Políticas Públicas de Saúde da Mulher.....	15
2.2 Anatomia e Fisiologia do Sistema Reprodutor Feminino.....	17
2.2.1 Ciclo Reprodutor Feminino.....	20
2.3 Câncer de Colo do Útero.....	22
2.4 A Prevenção do Câncer.....	26
2.5 O Exame Citopatológico.....	31
2.6 O Papel do Enfermeiro na Prevenção do Câncer de Colo do Útero.....	35
3.METODOLOGIA.....	37
3.1 Tipo do estudo.....	37
3.2 Local de estudo.....	37
3.3 Sujeitos do estudo.....	37
3.4 Critérios para a seleção do estudo.....	37
3.5 Instrumentos.....	38
3.6 Tamanho da Amostra.....	38
3.7 Procedimentos.....	38
3.8 Análise de dados.....	39
3.9 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa.....	39
3.10 Obrigatoriedade de publicação.....	39
3.11 Orçamento.....	40

4.APRESENTANDO OS RESULTADOS.....	41
5.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
8.ANEXOS.....	62
8.1. Formulário.....	63
8.2. Termo de consentimento livre e esclarecido.....	65
8.3. Termo de compromisso do pesquisador.....	66
8.4. Termo de autorização da instituição.....	67
8.5. Orçamento Financeiro.....	68

## 1. APRESENTAÇÃO

Esse trabalho de pesquisa tem como proposta fazer uma análise sobre a visão e o entendimento das mulheres para a realização do exame de Papanicolaou, a prevenção do câncer de colo do útero e traçar o perfil de mulheres que freqüentam a UBS do Maria Isabel / Assis-SP.

O estudo se apóia na hipótese de que várias mulheres relatam não fazer o exame citopatológico. Situação que nos trás certa inquietação em analisar por que razão elas não procuram o serviço de saúde, pois existe um índice elevado de morbidade e mortalidade provocado pelo câncer de colo uterino, na faixa etária considerada de risco. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se que em 2008 o estado de São Paulo tem uma taxa de 16,22 casos para cada 100.000 mulheres. Diante desses dados, muitas mulheres são admitidas nas unidades hospitalares para realizar tratamento para o câncer de colo uterino, sendo que isso poderia ser evitado na maioria dos casos, se houvesse a prevenção.

O estudo tem como objetivo identificar os motivos que levam essas mulheres a procurar o serviço de saúde para realização do exame e os possíveis motivos que possam interferir na decisão da mulher em buscar a prevenção do câncer de colo do útero.

Assim, na primeira parte, apresentaremos o referencial teórico no qual iremos abordar as políticas de saúde da mulher, anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino, câncer de colo do útero, prevenção do câncer, exame de papanicolaou e por fim o papel do enfermeiro.

Na metodologia apresentaremos o tipo do estudo, o cenário e os sujeitos escolhidos, além das estratégias para a coleta dos dados.

Em seguida, iremos apresentar e discutir os resultados obtidos em nossa pesquisa, posteriormente as considerações finais.

## **2. Referencial Teórico**

### **2.1 Políticas Públicas de Saúde da Mulher**

As mulheres têm uma figura representativa diante da sociedade e família, pois são elas que estão sempre preocupadas, atentas e as que cuidam da saúde de toda a família e aqueles que estão ao seu redor. Com sua inserção ao mercado de trabalho, há um aumento significativo nas suas responsabilidades, gerando uma sobrecarga de trabalho e estresse, fatores que levam a população feminina estarem mais vulneráveis a certas doenças e agravos.

Em se tratando de assistência à saúde da mulher, houve uma grande evolução nos programas de saúde no Brasil, onde tem se mostrado uma atenção maior e constante pela saúde da mulher brasileira.

De acordo com (FERNANDES; NARCHI, 2007) até a década de 1970 as políticas públicas nacionais relacionadas com a saúde da mulher eram reduzidas, os programas tinham como objetivo proteger apenas as crianças e gestantes, considerados grupos de risco. Após várias críticas com relação às perspectivas limitadoras desses programas pelo movimento feminista, em 1984, iniciou-se um novo tempo, foi implementado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que ampliou o foco da assistência à mulher em todas as fases do ciclo vital, que inclui: ginecologia, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama e a violência sexual, onde será desenvolvido através de ações educativas, preservativas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. Em 1996, foi lançado o Programa Viva Mulher, que foi implementado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Nacional do Câncer, com propósito de reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais da população feminina, através de ações que incluía prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação das mulheres no controle do câncer de colo do útero e mama.

Segundo (BRASIL, 2008) em 1998, foi instituído o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero, que tem como foco principal o controle do câncer de colo do útero, seu objetivo é de garantir a população feminina acesso ampliado ao diagnóstico precoce e tratamento adequado para o câncer. Além disso, o Ministério da Saúde introduziu a cirurgia de alta frequência (CAF), nas unidades de saúde de atenção secundária e implantou uma base de dados, o SISCOLO – Sistema de Informação de Controle do Câncer de Colo do Útero, capaz de fornecer subsídios para a avaliação e planejamento do programa.

Considerando essa evolução histórica dos programas de saúde, deve-se levar em conta que para a assistência à saúde da mulher seja realmente eficiente, devem-se incluir ações e condições que proporcione a humanização no atendimento, isso significa compartilhar os saberes, compreender que cada indivíduo tem suas peculiaridades, no que tange às questões biológicas, psicológicas, sociais, culturais, logo é adotar o conceito de saúde integral, ou seja, avaliarem o indivíduo como um todo e não apenas pela sua patologia, cada um é merecedor de uma atenção e de cuidados especiais.

## **2.2 Anatomia e Fisiologia do Sistema Reprodutor Feminino**

O Sistema reprodutor feminino é constituído por dois ovários, duas tubas uterinas ou (trompas de Falópio), um útero e uma vagina. (SMELTZER; BARE, 1994).

De acordo com (SMELTZER; BARE, 1994 e FIGUEIREDO, 2003) a genitália externa ou vulva compõem-se de duas pregas cutâneo mucosas denominadas grandes lábios, na sua parte externa é recoberto por pelos pubianos. Mais internamente outra prega cutânea mucosa mais delicada de aparência rosada e lisa são os pequenos lábios que protegem a abertura externa da uretra (óstio uretral) e vagina (óstio vaginal). As partes superiores dos pequenos lábios se unem formando o prepúcio do clitóris, ele é um órgão de grande sensibilidade à estimulação tátil, formado por um tecido erétil, homólogo ao pênis do homem.

Nas laterais do óstio vaginal, encontram-se as Glândulas de Bartholin, (glândula vestibular) que tem como função de produzir uma secreção mucosa durante a excitação sexual, atuando como lubrificante. O tecido encontrado entre a genitália externa e o ânus é chamado de fúrcula e sendo assim, todos os tecidos que fazem parte da genitália externa feminina é denominado de períneo. (FIGUEIREDO, 2003)

A vagina é um canal de 7,5 a 10 cm de comprimento, de paredes elásticas, que liga o colo do útero aos genitais externos. A entrada da vagina é protegida por uma membrana circular, o hímen, que se rompe nas primeiras relações sexuais. O canal vaginal é o local onde possibilita a penetração do pênis durante o ato sexual, a saída do fluxo menstrual e o canal do parto. Na vagina, existe uma concentração de bactérias maior do que qualquer parte do corpo, com exceção do cólon. Essas bactérias constituem principalmente de lactobacilos que em conjunto são denominados de flora vaginal, essas bactérias foram descobertas pelo ginecologista alemão Albert Döderlein em 1892. Essa complexa microflora vaginal tem um papel importante na qualidade de vida e manutenção da saúde geral da mulher. O pH da vagina é mantido normalmente baixo devido às ações dos bacilos de Döderlein e do

hormônio estrogênio o que mantém a vagina protegida contra infecções, caso o pH seja alterado, ocorra um aumento no número de microorganismo patogênico e a resistência da mulher for diminuída existe uma probabilidade maior de risco de infecção. SMELTZER; BARE (1994, p. 1071) relata que:

O epitélio da vagina é altamente responsivo ao estrogênio, o que induz a formação de glicogênio. A decomposição do glicogênio em ácido láctico produz um baixo pH vaginal. Quando o estrogênio diminui, como durante a lactação e menopausa, há uma redução de glicogênio. Em adolescentes ou mulheres jovens que usam contraceptivos orais, a flora vaginal normal e a formação de glicogênio são reduzidas.

Diante dessa redução da formação de glicogênio, as infecções tornam-se mais freqüentes, o que necessita de um diagnóstico e tratamento adequado, mas, além disso, outros fatores também possibilitam o surgimento de infecções, na maneira que o epitélio da vagina vai amadurecendo ao longo dos anos, como ter relação sexual com um parceiro infectado, higiene pessoal inadequada e o uso de roupas apertadas.

Na genitália interna encontra-se o útero que é um órgão muscular, no formato de uma pêra invertida. Em uma mulher que nunca ficou grávida o útero tem aproximadamente 7,5 cm de comprimento, 5 cm de largura na parte superior e suas paredes com 1,25 cm de espessura. (SMELTZER; BARE, 1994).

O útero é dividido anatomicamente em: cérvix ou colo, corpo e fundo. A cérvix é a porção inferior do útero que se comunica com a vagina, esta é a região no qual é visualizada durante o exame ginecológico com o especulo e de onde é coletado material para o exame preventivo de câncer uterino. O corpo está superior a cérvix, e é a porção maior do útero. O fundo é a extremidade a cima do corpo, ou seja, a parte que se encontra entre as tubas uterinas. As paredes do útero são constituídas por camadas: serosas ou perimétrio, miométrio ou muscular e endométrio ou mucosa. FIGUEIREDO (2003, p.31,32) descreve todas as camadas do útero:

- Serosa: revestimento epitelial do útero se liga ao peritônio;
- Miométrio: camada muscular espessa que consiste em feixes entrelaçados de fibras musculares lisas envolvidos em tecido conjuntivos. O miométrio está subdividido em três camadas musculares entrelaçadas e mal definidas, com vasos sanguíneos calibrosos. Esse arranjo entrelaçado proporciona eficácia na

contração uterina e, após o parto, pressiona os vasos sanguíneos para cessar o sangramento;

- Endométrio: mucosa que reveste a cavidade uterina. O endométrio passa por variações cíclicas que visam fornecer condições para a implantação de um óvulo fertilizado. É constituído por um epitélio cilíndrico simples e um tecido conjuntivo chamado de estroma endometrial. No estroma estão as glândulas tubulares, que se abrem na luz uterina. Dois tipos de artérias irrigam o endométrio: as retas na camada profunda, e as espiraladas na superficial. São as espiraladas que passam por alterações durante o ciclo menstrual.

Os ovários estão localizados debaixo da franja terminal de cada tuba uterina onde ficam suspensos cada um deles, tem uma forma pequena com 3 cm de comprimento. Ao nascer, a mulher tem cerca de 400 mil óvulos imaturos, que são denominados nesta fase de oócitos primários. As tubas uterinas originam-se cada uma delas de um dos cantos superiores do útero, curvando-se, em direção lateral e posterior, em redor da cavidade pélvica por meio de uma das tubas que o óvulo passa do ovário para o útero, durante cada ciclo menstrual. (GUYTON, 1988).

### 2.2.1 Ciclo Reprodutor Feminino

Para (GUYTON, 1988.p.508,509) o ciclo reprodutor feminino é coordenado por hormônios secretados pela hipófise e pelos ovários. Na puberdade, a glândula hipófise anterior começa a secretar o hormônio foliculoestimulante que desencadeia o início da vida sexual, logo em seguida, secreta também o hormônio luteinizante que irá regular o ciclo sexual mensal. Hormônio Foliculoestimulante (FSH) - promove a proliferação intensa das células foliculares ovarianas e estimula a atividade secretora dessas células, produzindo estrogênio, um dos principais hormônios ovarianos. O FSH prepara o folículo para responder ao hormônio luteinizante, resultando a ovulação e a formação do corpo lúteo. Hormônio Luteinizante (LH) - promove o aumento da secreção nas células foliculares para ovular. Após a ovulação, as células foliculares ficam amareladas (corpo lúteo), essas células continuam a secretar estrogênio, mas agora com grandes quantidades de progesterona.

O desenvolvimento sexual feminino e as alterações sexuais mensais estão diretamente ligados aos hormônios ovarianos: estrogênio e progesterona. O estrogênio no organismo é responsável pela sensibilidade feminina, corpo arredondado, maciez cutânea, além de fazer com que as células de varias partes do corpo aumentem. A vagina aumenta a vascularização e estimula a atividade epitelial, alargamento pélvico, crescimento das mamas, enfim, todas as características que distinguem as pessoas do sexo feminino das do sexo masculino são produzidas pelo estrogênio. A progesterona está relacionada com o preparo do útero para receber o óvulo fertilizado e com o desenvolvimento mamário para a produção de leite. Ela é produzida pelo corpo lúteo e na gestação é fabricada em grande quantidade pela placenta. (FIGUEIREDO, 2003)

Os ciclos menstruais iniciam-se com a menarca, e prolongam-se por toda a vida reprodutiva da mulher e chaga ao fim com a menopausa.

Segundo (GUYTON, 1988) a menstruação é um processo fisiológico no qual ocorre a descamação periódica e cíclica do endométrio

acompanhada de sangramento. Ela ocorre entre intervalos de aproximadamente 28 dias. As modificações estruturais cíclicas ocorrem no endométrio, através da ação dos hormônios ovarianos, constituem um fenômeno definido como ciclo endometrial que é dividido em fase proliferativa e secretora. A fase proliferativa acontece ao término da menstruação e é caracterizada pelas alterações que o estrogênio faz com o endométrio, ou seja, a camada basal do endométrio começa a se proliferar e torna-se espessa, as glândulas do endométrio também se proliferam. Já a fase secretora tem início após a ovulação, com a progesterona liberada pelo corpo lúteo que aumenta a vascularização endometrial e estimula o aumento do volume das glândulas endometriais produtoras de glicogênio. No final dessa fase o endométrio está pronto para nutrir o óvulo caso venha a ser implantado, não acontecendo à fertilização e implantação do óvulo, ocorrerá uma redução nos níveis de estrogênio e progesterona no sangue, a falta desses hormônios faz com que os vasos sanguíneos sofram vasoconstrição em um processo de isquemia, seguida de necrose dos tecidos. O deprimimento das camadas endometriais mais o sangue caracterizam a menstruação e início do próximo ciclo menstrual.

## 2.3 Câncer de Colo do Útero

“Câncer é o termo comum para todos os tumores malignos”. (ROBBIN; COTRAN, 1999. p. 282)

De acordo com Instituto Nacional do Câncer (INCA), câncer é o nome concedido a um crescimento desordenado de células que penetram nos tecidos e órgãos, podendo levar a metástase para outras regiões do corpo. Nosso organismo possui vários tipos de células, o que corresponde aos diferentes tipos de câncer, como o carcinoma que é originado a partir das células epiteliais, proveniente de qualquer uma das três camadas germinativas, já o sarcoma outro tipo de câncer é originado dos tecidos conjuntivos como os ossos, músculos ou cartilagens.

O câncer do colo do útero constitui um dos maiores problemas de saúde pública em relação à saúde da mulher em todo o mundo, sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos, se comparada a dos mais desenvolvidos. A faixa etária que mais acomete é de 20 a 29 anos, e o risco aumenta, rapidamente, quando atinge a faixa etária de 45 a 49 anos. (BRASIL, 2007).

Segundo (BRASIL, 2007), de um total de 58 milhões de mortes ocorridas em todo o mundo em 2005, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, o que significou 13% de todas as mortes e 70% ocorreram em países de média e baixa renda. No Brasil as estimativas para o ano de 2008, válidas também para o ano de 2009, são que ocorreram cerca de 466.730 novos casos de câncer. Os tipos mais incidentes serão para o sexo feminino mama e de colo do útero, já para o sexo masculino o de próstata e pulmão.

A região que ocupa o primeiro lugar com maior número de casos novos para o câncer é o Sudeste com 242.060. Em segundo lugar a Região Sul com 99.580 novos casos; a Região Nordeste tem a terceira colocação, com 78.960 casos novos; a Região Centro Oeste encontra-se no quarto lugar com 28.510 novos casos e por fim a Região Norte que apresenta a quinta posição com 17.620 casos novos. (BRASIL, 2008)

Foram esperados para o câncer de colo uterino, 18.680 novos casos em 2008, fazendo com que se torne o segundo tipo de câncer mais comum

entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano. Espera-se que em 2020 o número de casos novos seja na faixa de 15 milhões por ano, destes, 60% ocorrerão em países em desenvolvimento. (BRASIL, 2007).

Os fatores de risco são definidos como qualquer coisa que aumente o risco do indivíduo desenvolver uma determinada doença ou sofrer um determinado agravo, logo, os principais fatores predisponentes para esta neoplasia são: baixas condições socioeconômicas, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, higiene íntima inadequada, reprodução precoce, álcool, tabagismo (diretamente ligado a quantidade de cigarros fumados), uso de métodos contraceptivos orais, alimentação pobre em alguns micro nutrientes, principalmente a vitamina C, beta caroteno e o folato, história de infecções de doenças sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro) e o fator principal considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é a transmissão do agente infeccioso papilomavírus humano (HPV).

O papilomavírus humano, também conhecido como condiloma acuminado ou verrugas genitais, é um DNA - vírus não cultivável do papilomavírus. Os tipos de DNA virais mais prevalentes em mulheres com carcinoma no colo do útero são o 16 e o 18, associados a 70% destes cânceres. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros cofatores, têm relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino. (PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS, 2009).

O câncer de colo do útero é uma doença de evolução lenta, para (FERNANDES; NARCHI, 2007. p. 128), o câncer cérvico uterino desenvolve depois de uma lesão intra-epitelial progressiva que pode progredir para um câncer invasivo em um limite de 10 a 20 anos, caso não seja oferecido nenhum tratamento. Com essa afirmação, podemos dizer que no período de evolução do câncer de colo do útero, passa por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis em até 100% dos casos, mediante a um programa integral de educação em saúde, triagem, meio de recursos tecnológicos, diagnóstico e tratamento adequado das lesões precursoras.

De acordo com NETTINA et al (2003) as etapas seqüenciais das neoplasias epiteliais que surgem em epitélio escamoso, como é o caso do colo do útero, são as seguintes:

- a. Displasia: são alterações mínimas das células, ou seja, células atípicas com algum grau de maturação de superfície.
- b. Carcinoma *in situ*: surge em média três anos após a constatação das primeiras alterações celulares, citologia parecida à do carcinoma invasivo, porém confinado ao epitélio, ou seja, a neoplasia se desenvolve no interior do tecido de origem.
- c. Carcinoma invasivo: este se desenvolve por mais seis anos, invadindo a mucosa do útero. É assim denominado quando se verifica infiltração, com invasão mais profunda nos tecidos adjacentes.

Após alguns anos, o câncer atinge a forma mais grave, com o aparecimento de metástase, espalhando-se, assim, por outras regiões do corpo. As manifestações clínicas do câncer cervical, geralmente são assintomáticas no início, quando os sintomas estão presentes podem ser bastante discretos, como uma fina secreção vaginal aquosa frequentemente notada após relação sexual, ducha ou evacuação. Com a progressão da doença o sangramento irregular entre os períodos menstruais ou após a menopausa e o sangramento depois da relação sexual pode tornar-se constante e aumentar em quantidade, por fim, a secreção fica de aparência escura e com odor fétido devido à necrose e infecção do tumor. À medida que a doença avança, o sangramento pode persistir, e ser acompanhado de dor que irradia para nádegas e pernas, sangramento retal e frequentemente produz edemaciação dos membros, anemia e febre devido a infecção secundária e abscessos na massa ulcerante, e por formação de fístulas. (SMELTZER; BARE, 2005).

No entanto, admitindo que a taxa de sobrevivência para o câncer *in situ* é de 100% e a taxa para mulheres em estágios mais avançados da doença reduz dramaticamente, o que fica imprescindível a detecção precoce, logo é preciso atentar para os motivos que podem interferir na decisão da mulher em

procurar ou não realiza a prevenção do câncer de colo uterino, visto que, estamos referindo a uma prevenção secundária, uma vez que estaríamos interceptando através de diagnósticos a evolução de possíveis lesões precursoras.

## 2.4 A prevenção do câncer

De acordo com (FERRREIRA, 2001.p.556):

Prevenção é o ato ou efeito de prevenir, logo, prevenir é dispor com antecipação, ou fazer sorte que evite dano ou mal. Chegar, dizer, fazer antes de outrem. Interromper, atalhar. Avisar, informar com antecedência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua que para prevenir o câncer deve-se diminuir ou eliminar a exposição aos agentes carcinogênicos, além de minimizar a suscetibilidade individual aos efeitos desses agentes.

Quando refletimos sobre a prevenção, não podemos deixar de mencionar alguns fatores que contribuíram para o desenvolvimento desse conceito. Na segunda metade do século XVIII, ocorria na Inglaterra a Revolução Industrial, onde no Brasil teve uma maior repercussão depois da II Guerra Mundial, proporcionando alterações nos padrões de vida e sociais. (BRASIL, 1999), ou seja, a mulher que antes tinha apenas o papel perante a sociedade, de ser a reprodutora da espécie e conseqüentemente viver em subordinação ao homem, sendo considerada um ser frágil e incapaz de assumir cargos de chefia na própria família, agora também foi inserida ao mercado de trabalho, assumindo uma responsabilidade que até então era exclusiva aos homens. Em conseqüência a isso, a mulher fica independente e passa a conciliar uma jornada dupla de trabalho, aumenta a dificuldade de cuidar dos filhos, levando a redução da taxa de fecundidade, evento explicado pelo uso de métodos contraceptivos (mais especificadamente a pílula e a laqueadura tubária) e pelo aborto, estas transformações no estilo de vida, logo no padrão de procriação acarretaram em problemas de saúde para a população feminina, como a exposição aos fatores de riscos, uso de hormônios, gestações tardias e nuliparidade, aumentam o risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. (LEÃO; MARINHO, 2002).

Além desses processos citados anteriormente, houve no setor de saúde o avanço tecnológico, e assim, uma redefinição nos padrões de vida, conseqüentemente, no comportamento preventivo relacionado a saúde, em

razão da uniformização das condições de trabalho, nutrição, educação e implantação do saneamento básico, refletindo na redução das taxas de mortalidade e natalidade, aumentando a expectativa de vida das pessoas. (BRASIL, 1999).

Para prevenir o câncer, os indivíduos devem ser informados dos saberes sobre saúde, dos riscos, danos, sinais de alerta, exames de prevenção e de diagnósticos da doença, profissionais capacitados para compreender e minimizar a angústia dos que o procura, buscando a prevenção e recuperação da saúde, fazendo com que a própria pessoa seja responsável pela sua saúde.

Quando pensamos em prevenção automaticamente relacionamos com promoção, no entanto, é possível diferenciar esses conceitos, visto que, prevenção é determinada por ações relacionadas a evitar o aparecimento de doenças específicas, com a redução do risco e pelo controle da transmissão de outros agravos, em compensação, a promoção pode ser compreendida de maneira mais ampla, que destaca as alterações no estilo de vida e do de trabalho, dirigindo um olhar para aumentar a saúde e o bem estar geral, logo, promoção da saúde é um processo permanente e contínuo de mudanças. (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 1995).

Os meios de prevenção são hierarquizados em níveis de atenção à saúde, primário e secundário. A prevenção primária corresponde ao período pré-patogênico, ou seja, fase que antecede a doença e inclui a promoção da saúde e a proteção específica. (PHILIPP, 2007). Esse tipo de prevenção refere-se à redução de exposição aos fatores de riscos extrínsecos, como o uso do tabaco e álcool, hábitos alimentares e higiênicos inadequados, início precoce da atividade sexual, uso de contraceptivos orais, multiplicidade de parceiros, as doenças sexualmente transmissíveis em especial a causada pela contaminação do vírus HPV. (BRASIL, 2001).

Portanto, nesse sentido a prevenção primária tem como objetivo principal adotar medidas educativas por meio de atividades comunitárias para reduzir os fatores de risco para o câncer cérvico uterino, como a realização de grupos para a discussão de temas como: qualidade de vida (luta contra tabagismo, álcool, atividade física), prevenção do câncer ginecológico,

planejamento familiar, higiene íntima, sexualidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, com o incentivo a prática do sexo seguro com o uso de preservativos feminino ou masculino, para a redução do potencial do risco da transmissão do HPV. (FERNANDES; NARCHI, 2007. p.129).

A partir do fato de que é possível modificar o risco de desenvolvimento do câncer, ele passa a ser evitável. Contudo, para que essa transformação aconteça, esperam-se mudanças no estilo de vida individual e que a população tenha comportamentos preventivos de saúde, a fim de aumentar ou manter a própria saúde. Esse comportamento está ligado a fatores sociais, culturais e ambientais. (BRASIL, 2008).

A prevenção secundária é realizada quando as medidas aplicadas no período pré-patogênicos não foram possíveis de bloquear a doença, logo, ela tem por objetivo realizar o diagnóstico e o tratamento precoce, e limitar o período de incapacidade. (PHILIPP, 2007).

Segundo (BRASIL, 2001), a prevenção secundária do câncer de colo do útero é efetuada através do exame citopatológico, para a detecção do câncer *in situ*, ou de lesões precursoras onde a cura pode ser de até 100% dos casos. Esse exame é também conhecido como teste de Papanicolaou, nome no qual foi em homenagem ao médico grego, George Papanicolaou, considerado o pai da citologia, por ser o criador deste teste. (PORTAL DA SAÚDE, 2009).

O exame citopatológico tem sido utilizado em programas de rastreamento screening, para interromper o ciclo evolutivo da doença. Compreende-se que esse rastreamento é um meio de determinar sujeitos assintomáticos para classificá-los como passíveis ou não passíveis de identificar lesões precursoras ou cancerígenas em estado inicial. (BRASIL, 2008).

FERNANDES; NARCHI (2007) relata que de acordo com a Organização Mundial da Saúde, para que haja um impacto epidemiológico com o exame preventivo para screening do câncer cérvico uterino é preciso realizar uma cobertura acima de 80%, o que levaria a redução de 50% da mortalidade por essa patologia. Contudo, não houve uma cobertura desse

teste o suficiente no Brasil, para tal redução nas mulheres sob maior risco de adquirir a doença.

Diversos estudos investigaram os motivos que dificultam a não adesão das mulheres para prevenção do câncer de colo de útero. Em pesquisa realizada por (SILVA, Daniela Wosiack. et al. 2006) no município de Londrina – PR, em cobertura geral entre 513 mulheres que participaram do estudo das cinco unidades básicas de saúde pesquisadas da cidade, constatou-se que 41 mulheres referiram nunca ter se submetido ao exame de Papanicolaou na vida, 48 compareceram para coleta há três anos ou mais, 10 não se lembraram da coleta, 138 haviam se submetido ao exame entre um e três anos e 276 há menos de um ano. Dentre as mulheres que estavam com o exame em dia foram por razões de: rotina oferecida pela UBS, recomendação médica e queixas ginecológicas. Os motivos as quais mulheres estavam com seu exame atrasado são: vergonha, desinformação, falta de interesse, dificuldade para o agendamento do exame, o fato de não gostar do (a) médico (a) da UBS e nunca ter tido queixa ginecológica.

Na pesquisa de (CESAR, Juraci A. et al. 2003) realizado no município de Rio Grande – RS mostrou-se que a baixa adesão do exame do preventivo encontra-se entre as mulheres de cor parda ou preta, de menor idade, baixo nível socioeconômico, pouca escolaridade e sem companheiro.

Nesse sentido, é possível destacar que os problemas relacionados à prevenção estão ligados por diversas esferas, como o individual, organizacional e o social. O individual é representado pela falta de conhecimento e interesse sobre a doença e sobre o exame de prevenção, o que aumenta a sensação de vergonha e medo de sentir dor. O organizacional está relacionado à disponibilidade dos serviços de saúde, como a dificuldade para o agendamento do exame, falta de humanização na assistência caracterizado pela abordagem constrangedora e indiferente durante os atendimentos por toda a equipe. E por fim o social que esta relacionado ao baixo nível socioeconômico, raça, grau de instrução e outros. (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Diante deste fato, o comportamento preventivo em relação ao câncer, deve estar ligado a atitude de reconhecer e respeitar os valores e

cultura de cada mulher, deste modo, cabe ao serviço de saúde a sensibilização, buscando orientá-las quanto à importância e aos cuidados para a realização do exame, sanar todas as dúvidas, divulgar o local e horário de atendimento do serviço de saúde onde é realizado o procedimento, enfim proporcionar as mulheres atitudes de reflexão quanto à saúde e seu autocuidado.

## 2.5 O Exame Citopatológico (Papanicolaou)

O exame de papanicolaou, é um dos métodos mais adequados para a detecção precoce do câncer cérvico uterino, consiste na coleta do esfregaço cervical para ser examinado em laboratório. As células que deve conter nesse material são as escamosas provenientes da ectocérvice, células colunares da endocérvice e células metaplásicas escamosas da zona de transformação. Esse exame é bem aceito pelas mulheres a que se destina, além de ser seguro, de baixo custo, mais sensível, não-invasivo, indolor e de fácil execução. (FERNANDES; NARCHI, 2007).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), aconselha que o exame para a prevenção do câncer de colo do útero, deve ser realizado pelas mulheres que são sexualmente ativas ou aquelas com idade entre 25 a 60 anos, após dois exames anuais consecutivos negativos, pode ser realizado a cada três anos, entretanto considera-se que essa periodicidade deve ser adequada a cada mulher e aos fatores de risco identificados. (INCA, 2009).

O conteúdo do esfregaço deve ser o mais representativo possível das células cervicais, diante desse fato, em análise (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002. p. 453) considera que as condições necessárias para a realização do exame são:

Não estar menstruada no dia da realização do exame; não fazer uso de duchas e cremes vaginais pelo menos 48 horas antes do exame; não manter relações sexuais pelo menos nas 48 horas que antecedem o dia do exame; não realizar qualquer manipulação sobre o colo uterino antes do exame (toque vaginal, soluções), por alterar o resultado.

Para que se tenha uma boa qualidade do material, é imprescindível dispor de um local e instrumentos adequados, bem como a capacitação técnica necessária, aconselha-se a coleta na junção escamo-colunar (JEC) da ectocérvice com a espátula de Ayre e com a escova cervical coleta o material da endocérvice. Nas gestantes, a coleta deve ser efetuada de modo cauteloso para que não ocorram sangramentos, a fim de evitar qualquer sensação de medo ou ameaça de aborto. Além desses cuidados, vale ressaltar que deve estar sempre atento para o preenchimento correto da requisição e identificação da lâmina, bem como a limpeza prévia da mesma

com álcool 70%, a disposição do material coletado sem sobreposição de amostra e a fixação deve ser realizada o mais breve possível de acordo com a disponibilidade pode ser utilizado álcool 95% ou *spray* fixador mantido a 30 cm de distância da lâmina. Nos casos de hemorragia, a coleta pode ser feita adicionando à solução fixadora algumas gotas de solução aquosa de ácido acético a 2%.

Na tentativa de sempre melhorar a terminologia para os laudos citopatológicos cervicais, os laboratórios vêm adotando outras nomenclaturas, diferentemente daquelas que o Dr. George Papanicolaou criou, no entanto o propósito do teste continua sendo o mesmo, logo é possível identificar alterações sugestivas de uma doença e propor ações que permitam o diagnóstico. Papanicolaou classificou as células observadas se eram normais ou não em classes de I a V em qual: (BRASIL, 2006. p. 13).

- Classe I - indicava ausência de células atípicas ou anormais;
- Classe II - citologia atípica, mas sem evidência de malignidade;
- Classe III - citologia sugestiva, mas não conclusiva, de malignidade;
- Classe IV - citologia fortemente sugestiva de malignidade;
- Classe V - citologia conclusiva de malignidade.

Contudo, essa classificação não dava a importância aos aspectos histológicos da lesão, por essa razão foram surgindo novas nomenclaturas, como a introdução do termo *displasia*, considerando as alterações histológicas identificando como displasias leves, moderadas e severas.

Além disso, surge do ponto vista histológico o conceito de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC), subdividida em três graus, nos quais são: (BRASIL, 2008.p.188,189).

- NIC I: lesão intra-epitelial de baixo grau (anormalidades do epitélio em um terço proximal da membrana).
- NIC II: lesão intra-epitelial de alto grau (que compromete até dois terços da espessura do epitélio).
- NIC III: lesão intra-epitelial de alto grau (alterações de quase toda a espessura do epitélio, poupando as células mais superficiais) e carcinoma in situ.

Atualmente, a nomenclatura que está sendo aos poucos implementada e utilizada pelos serviços de saúde públicos e privados é semelhante ao Sistema de Bethesda de 2001, do Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos. (BRASIL, 2002).

Essa classificação possibilitou a descrição da citologia no que se refere a diagnósticos não duvidosos, deve ser diferenciado por células escamosas e glandulares, foi adicionado ainda o diagnóstico citomorfológico sugestivo de infecção pelo vírus HPV, logo ele é um dos principais fatores de risco para o câncer de colo do útero. (BRASIL, 2006).

Diante deste fato (BRASIL, 2008.p.189, 190,191) nos apresenta a nomenclatura usada para os laudos cervicais:

Atipias celulares: são células atípicas, de significado indeterminado, podendo ser divididas em:

➤ **Escamosas:**

- Possivelmente não-neoplásicas.
- Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.

➤ **Glandulares:**

- Possivelmente não-neoplásicas.
- Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.

➤ **De origem indefinida:**

- Possivelmente não-neoplásica.
- Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.

➤ **Células escamosas**

- Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC I).
- Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo NIC II, NIC III).
- Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão.
- Carcinoma epidermóide invasor.

➤ **Células glandulares**

- Adenocarcinoma in situ.

- Adenocarcinoma invasor: cervical, endometrial ou sem outras especificações.

Quando o material entra no laboratório de citopatologia, há uma avaliação pré-analítica, que precede a análise microscópica da lâmina, que tem como objetivo identificar as causas de rejeição da amostra por falta ou erro de identificação da lâmina, identificação da lâmina não coincide com a do formulário ou a lâmina apresenta-se danificada ou ausente. Os resultados são considerados insatisfatórios quando a leitura da lâmina sofreu qualquer prejuízo, isto é, por razões de natureza técnica ou de outras amostragens celular, podendo ser classificada como: material acelular ou hipocelular, leitura prejudicada devido à presença de sangue, piócitos, artefatos de dessecação, contaminantes externos ou intensa superposição celular. Já os resultados satisfatórios correspondem aos aspectos citológicos normais, logo, as quantidades de células são representativas, bem distribuídas, fixadas e coradas, possibilitando um diagnóstico adequado. (BRASIL, 2006).

Enfim, o exame de papanicolaou além de ser o método mais eficaz para a detecção precoce do câncer de colo do útero, ele também pode identificar algumas patologias como o câncer endocervical, sangramento uterino disfuncional, vaginite, infecção pelo papilomavírus humano (HPV), herpes genital, gonorréia, chlamydia, tricomoníase, candidíase entre outros. (SMELTZER; BARE, 2005).

## **2.6 O Papel do Enfermeiro na Prevenção do Câncer de Colo do Útero**

A participação do Enfermeiro na prevenção ao câncer do colo de útero, refere-se aos cuidados de enfermagem prestados, nos quais estão envolvidos as ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Nesse sentido o autor (FERNANDES; NARCHI, 2007) relata que o enfermeiro tem um papel de extrema importância junto à equipe multiprofissional, em desenvolver atividades para atuar na promoção, proteção e recuperação da saúde, respeitando os princípios éticos e legais da Enfermagem. É essencial que o profissional, conheça a população na qual ele está inserido, pois dessa maneira ele poderá estabelecer uma relação de respeito, confiança e até amizade, proporcionando assim melhor adesão das mulheres na realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino. O enfermeiro deve criar e organizar um sistema onde possa registrar, controlar e dar continuidade ao tratamento, principalmente àqueles onde foram evidenciados alterações citológicas através do exame citopatológico. Cabe ao enfermeiro e sua equipe elaborar estratégia para incentivar as mulheres para as consultas médicas e de enfermagem com a realização do exame preventivo, mas, além disso, deve-se garantir que elas retornem a unidade de saúde para buscar o resultado, e se necessário dar continuidade ao processo. O enfermeiro tem a função que vai além das técnicas, ele é educador para saúde, precisa ter a capacidade de perceber as necessidades dos clientes, promovendo um atendimento humanizado, valorizando e respeitando a todos. Esse atendimento é proposto para diminuir as barreiras com as quais as mulheres se deparam, tais como vergonha, medo, insegurança, ao procurarem o serviço de saúde. As práticas de educação em saúde devem focar a sensibilização, conscientização sobre a importância da prática do sexo seguro, para evitar a transmissão do vírus HPV, principal fator de risco, a realização do exame de papanicolaou, para que possa ser

detectada alguma lesão precocemente, para obter maiores chances de evitar a neoplasia ou de tratá-la no início.

O Enfermeiro é um agente de mudanças, orientando e educando, buscando sempre a prevenção e o tratamento.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

O presente estudo trata-se de uma abordagem quantitativa e qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, no qual utilizamos como instrumento para a coleta dos dados a aplicação de formulário.

#### **3.2 Local de estudo:**

Foi realizada a pesquisa de campo em uma instituição pública de saúde, UBS Vila Maria Isabel, situada na cidade de Assis – SP.

#### **3.3 Sujeitos do estudo:**

- Mulheres com idade entre 20 e 60 anos que eram cadastradas no local onde foi realizada a pesquisa.
- Foram entrevistadas todas as mulheres que aderiram e consentiram à proposta da pesquisa.
- Foram excluídas aquelas que não atenderem aos requisitos acima citados.

#### **3.4 Critérios para seleção do estudo:**

- Mulheres na faixa etária de 20 a 60 anos, levando em conta os fatores de risco para o câncer *in situ*;
- Mulheres que eram cadastradas na UBS Vila Maria Isabel;
- Mulheres que aceitaram participar e consentiram à proposta da pesquisa.

### **3.5 Instrumentos:**

Foi aplicado um formulário individual às mulheres que atenderam aos critérios para seleção do estudo e que concordaram em participar, por amostra de adesão.

Este instrumento foi aplicado através de formulário, contemplando 22 questões elaboradas cuidadosamente, possibilitando uma análise fidedigna dos dados que foram coletados em cada resposta.

### **3.6 Tamanho da amostra:**

A amostra é composta de 50 mulheres, que representa 10% do total de mulheres que realizaram o exame preventivo durante o período de janeiro a maio de 2009 na instituição pública de saúde, UBS Vila Maria Isabel.

### **3.7 Procedimentos:**

O projeto de pesquisa foi elaborado e desenvolvido a partir de etapas sequenciais que incluíram: pesquisa bibliográfica e de campo.

O presente projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HRA, para análise tendo este sido aprovado, através de minuciosa avaliação.

Conforme expectativas, houve aprovação do projeto, pelo comitê de ética, tendo sido emitida a autorização para a realização da pesquisa de campo.

Foi utilizado como instrumento de pesquisa, um formulário contemplando 22 questões que foi apresentado às participantes após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, dentre as cadastradas na unidade, escolhemos 50 por melhor se adequarem aos pré-requisitos da nossa pesquisa.

A aplicação do formulário foi realizada individualmente com cada participante que estiveram na unidade básica de saúde, durante as sextas-

feiras, no horário das 13h30min as 17h00min onde ocorreu a referida aplicação do formulário, de modo que não houve interferência no curso da rotina local.

A pesquisa foi realizada mediante a anuência de compromisso do pesquisador e consentimento da instituição.

### **3.8 Análise dos Dados:**

Analizamos os dados que foram coletados através da aplicação do formulário, representamos os mesmos em gráficos, a fim de facilitar a compreensão através da visualização dos resultados obtidos.

### **3.9 Critérios para Suspender ou Encerrar a Pesquisa:**

Esta pesquisa poderia por ventura ser suspensa em caso de doença grave ou morte que afete um dos membros de pesquisadores, além de problemas adversos que poderiam ocorrer no local onde foi realizada. A suspensão não implicaria, necessariamente, em encerramento da mesma, a qual poderia ser reiniciada na presença de condições favoráveis.

Esta pesquisa foi considerada encerrada quando todos os dados foram coletados e avaliados de forma satisfatória.

### **3.10 Obrigatoriedade de Publicação:**

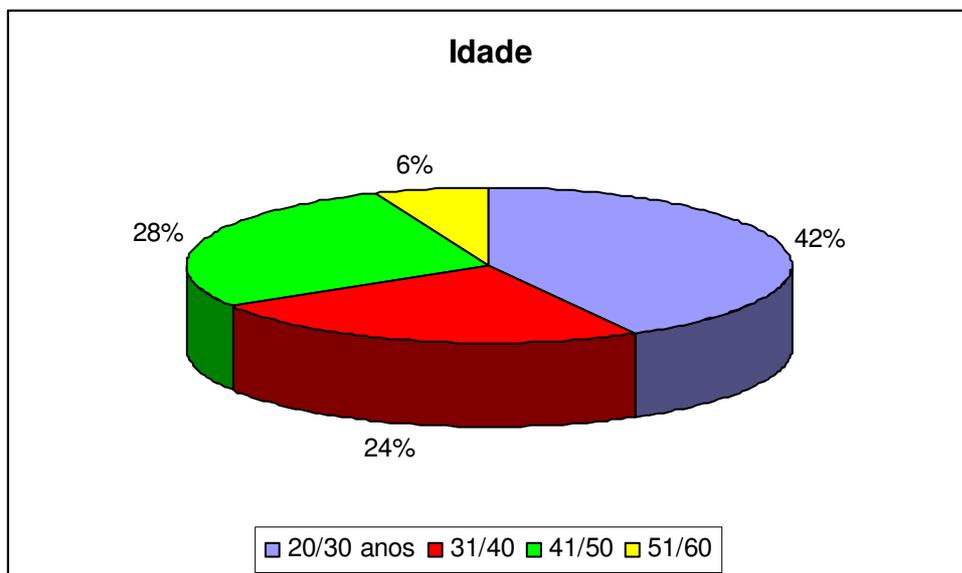
As pesquisadoras comprometem-se em divulgar os resultados da presente pesquisa através da publicação em revista de saúde reconhecida, bem como através do encaminhamento do relatório de pesquisa para a biblioteca da FEMA e para a Instituição sediadora após sua conclusão e aprovação pela banca examinadora.

### **3.11 Orçamento:**

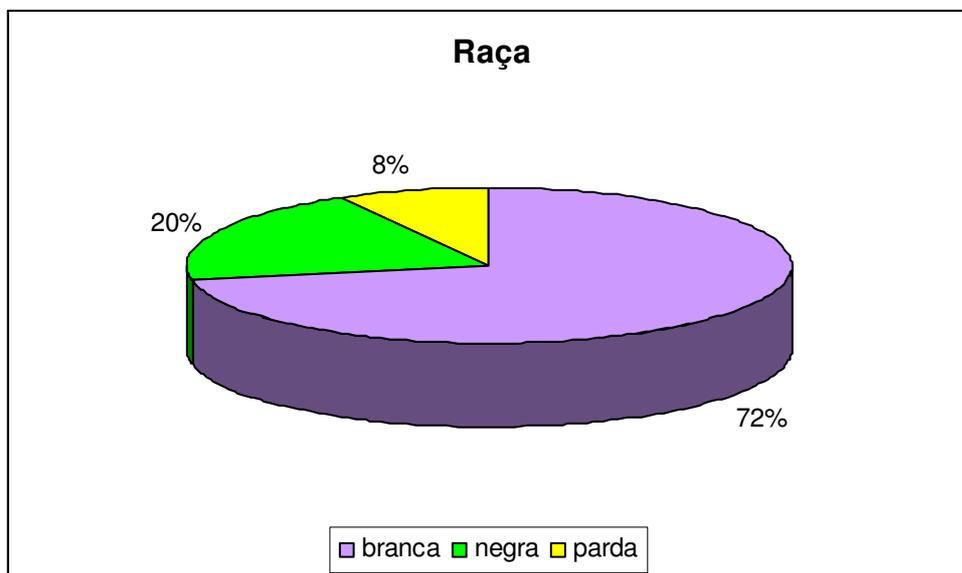
A presente pesquisa não teve custo financeiro e os impressos utilizados foram custeados pelas pesquisadoras.

#### 4. APRESENTANDO OS RESULTADOS

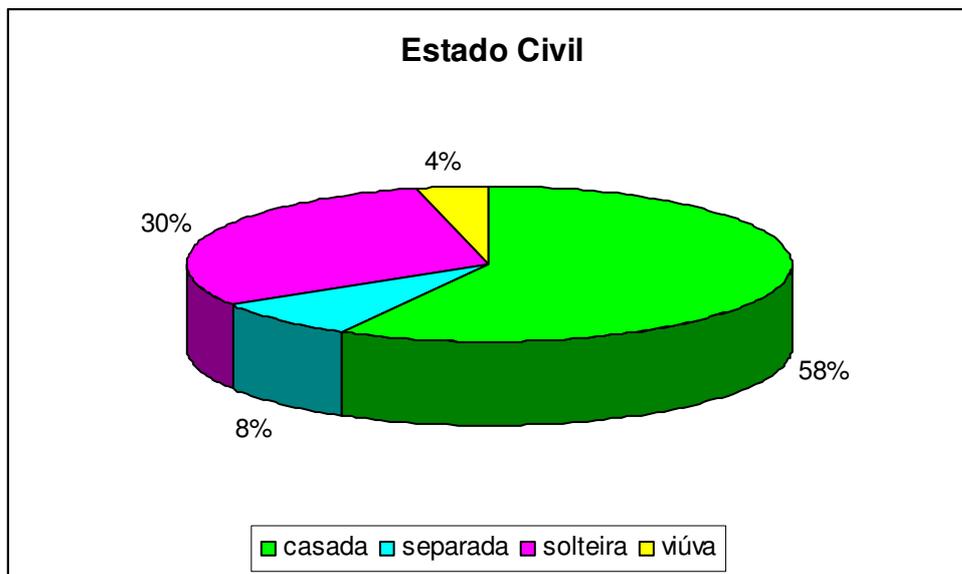
Estão expostos abaixo, os resultados obtidos na pesquisa realizada.



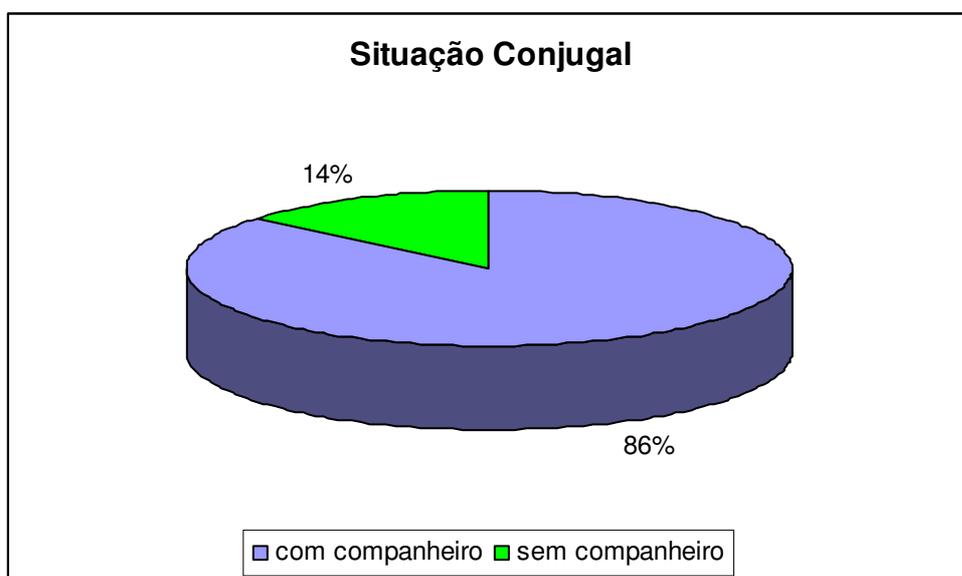
**Gráfico 1-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a idade.



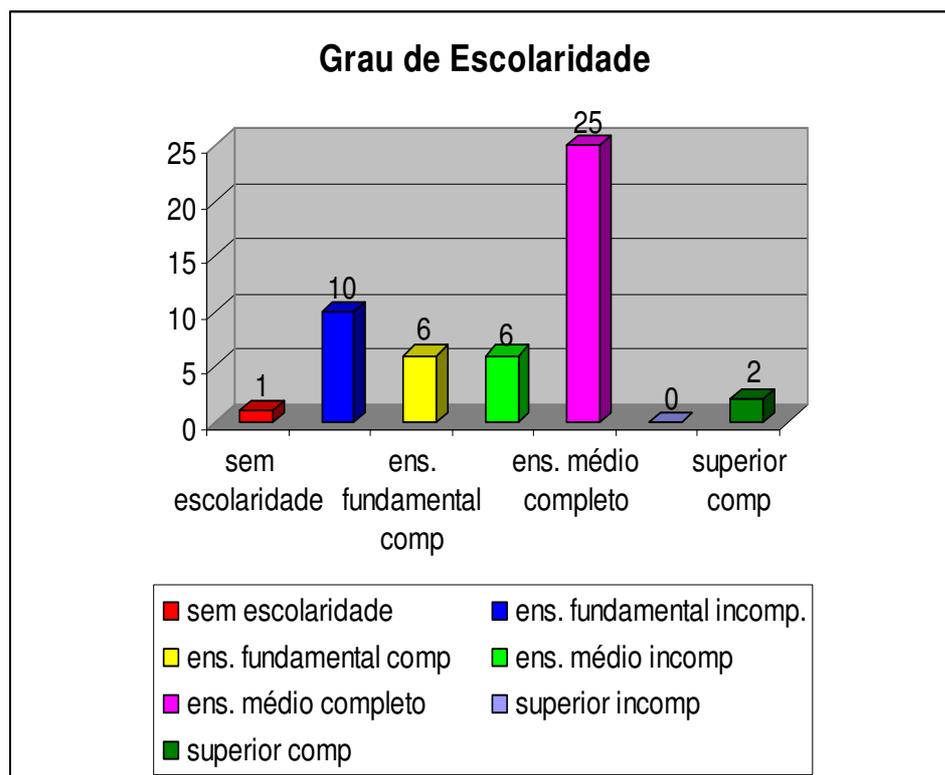
**Gráfico 2-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a raça.



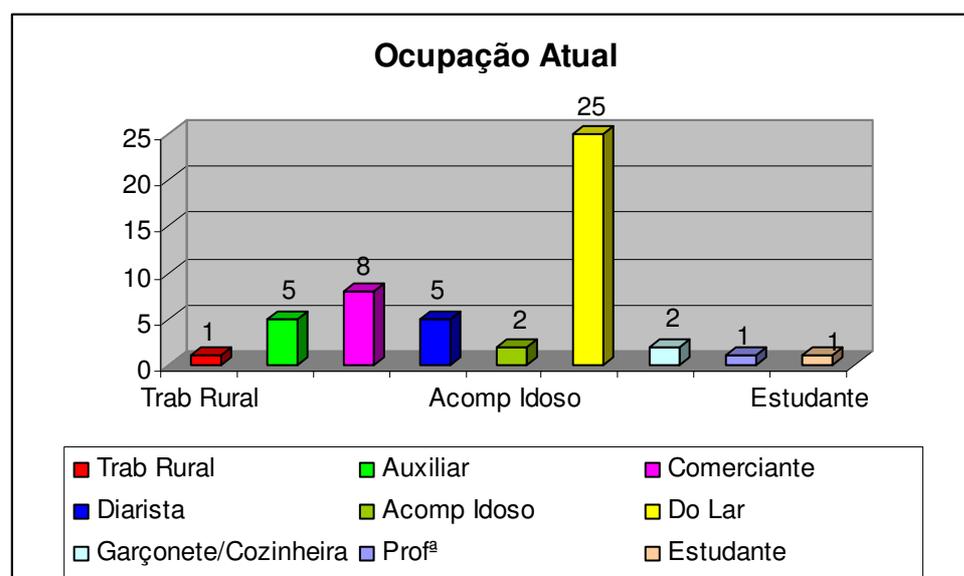
**Gráfico 3-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao estado civil.



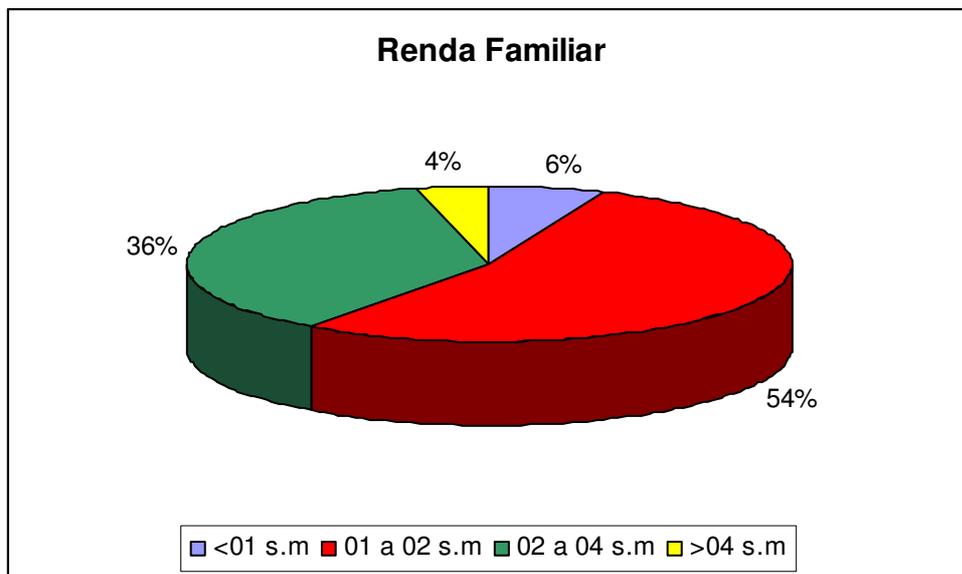
**Gráfico 4-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a situação conjugal.



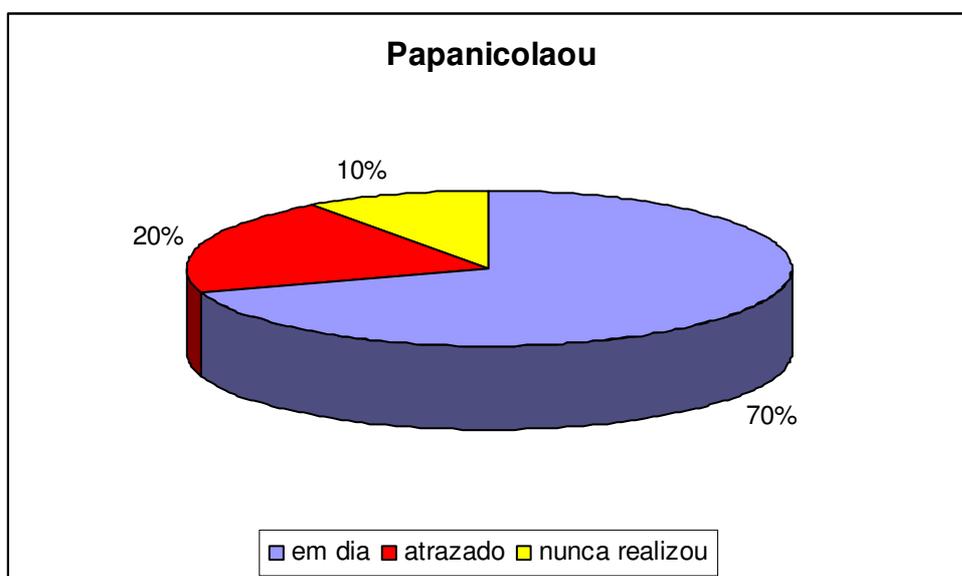
**Gráfico 5-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao grau de escolaridade.



**Gráfico 6-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a ocupação atual.



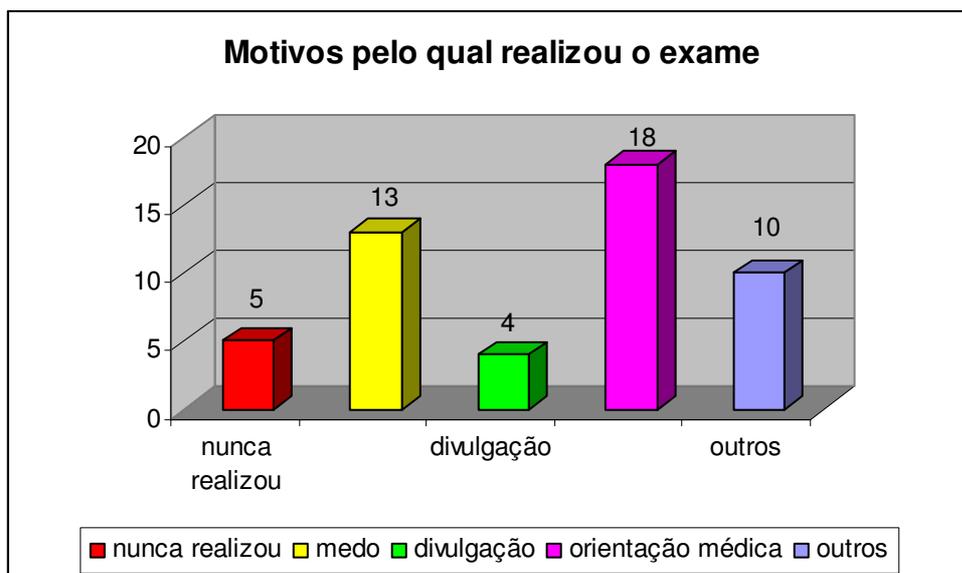
**Gráfico 7-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a renda familiar.



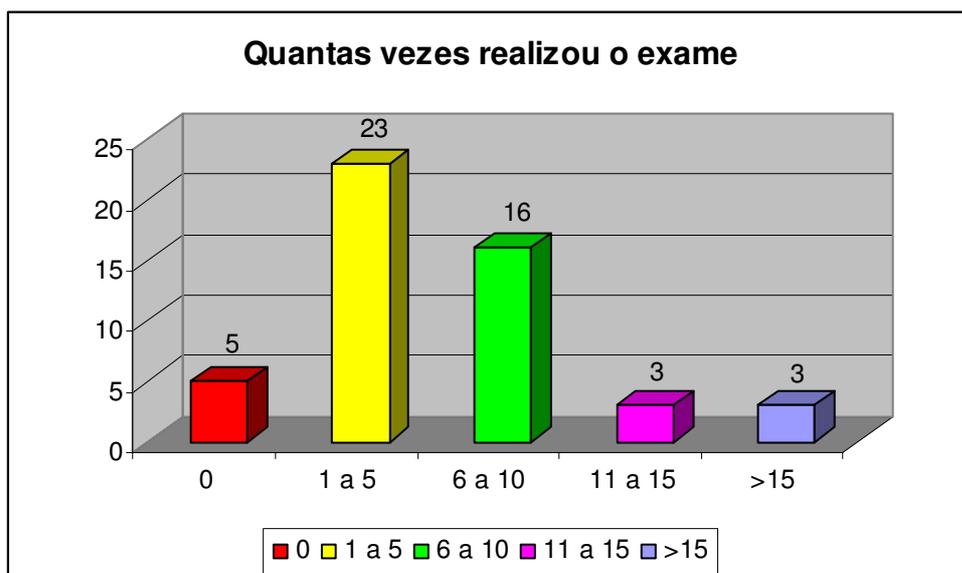
**Gráfico 8-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao exame de papanicolaou.



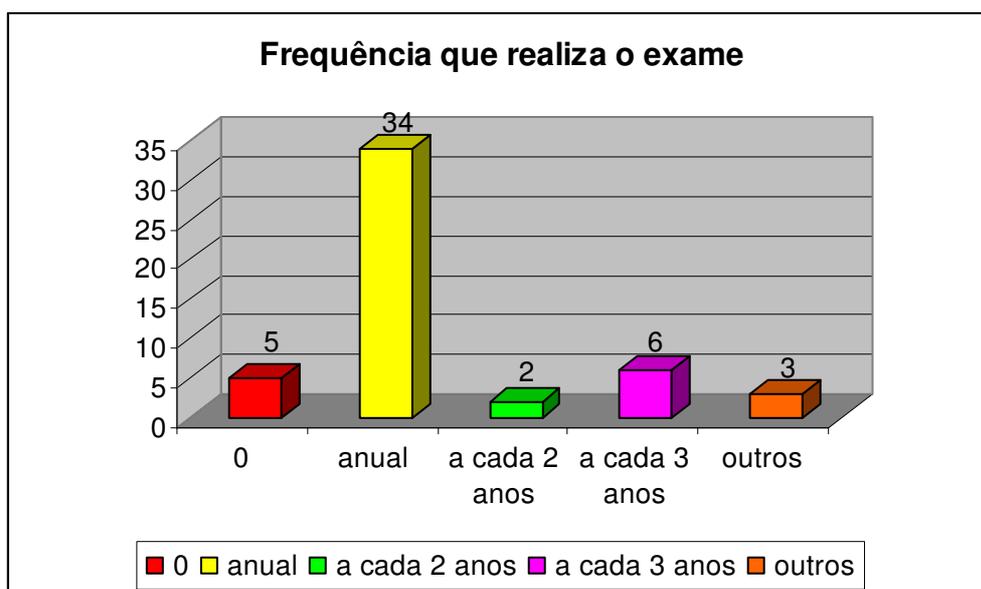
**Gráfico 9-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação aos fatores que interferem para a não realização do exame.



**Gráfico 10-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação aos motivos que as levaram a realização do exame.



**Gráfico 11-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a quantidade de exames realizados.



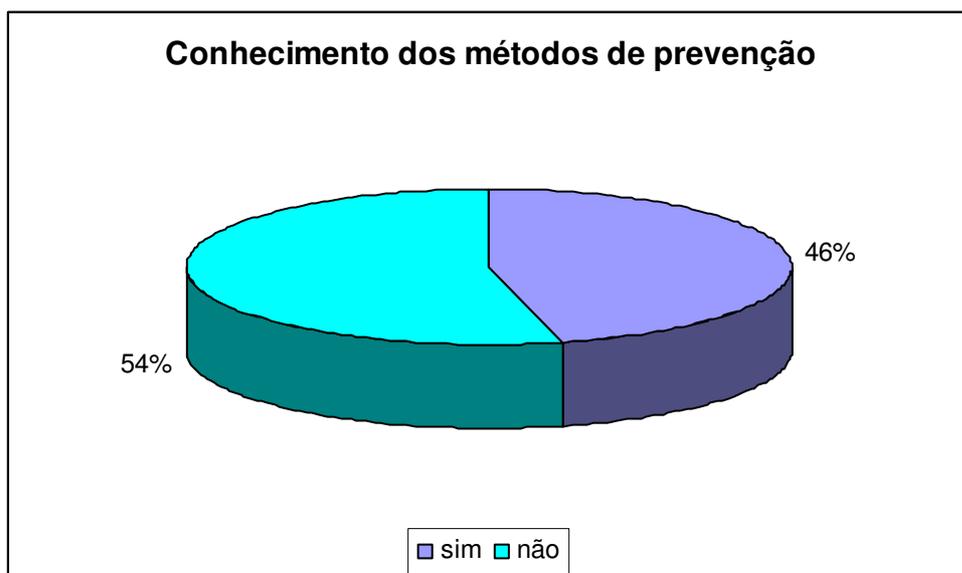
**Gráfico 12-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a frequência que realiza o exame.



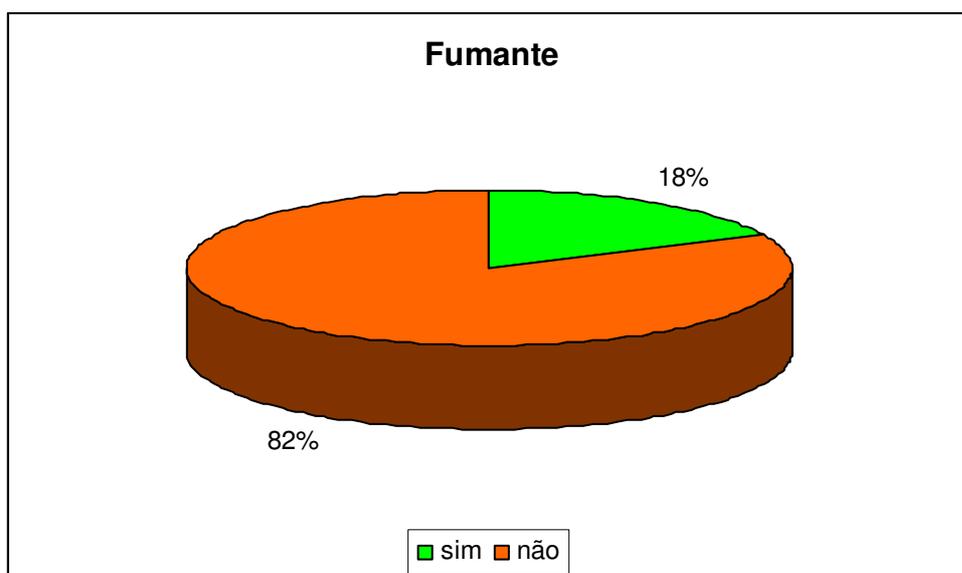
**Gráfico 13-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a importância e o entendimento sobre o exame.



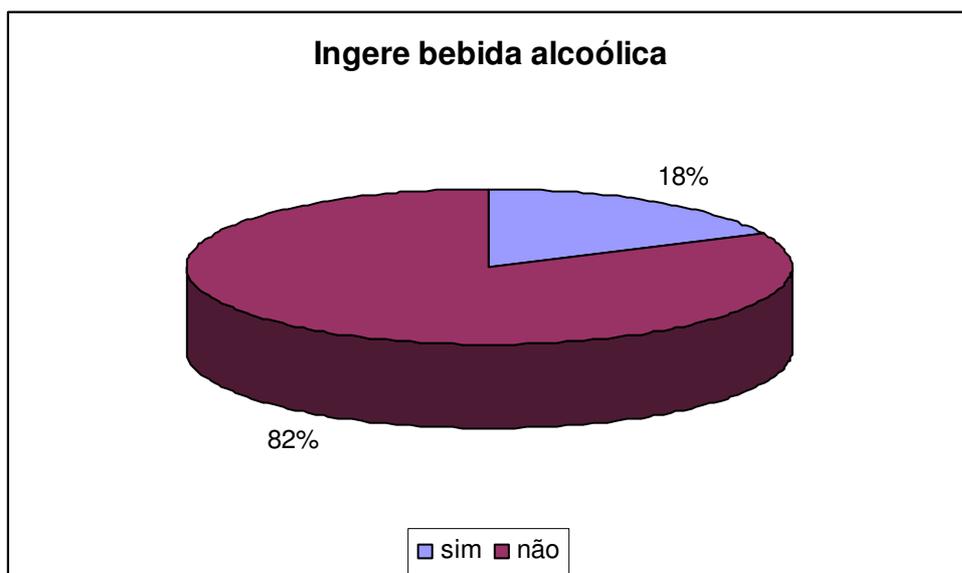
**Gráfico 14-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação aos problemas ginecológicos.



**Gráfico 15-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao conhecimento dos métodos de prevenção.



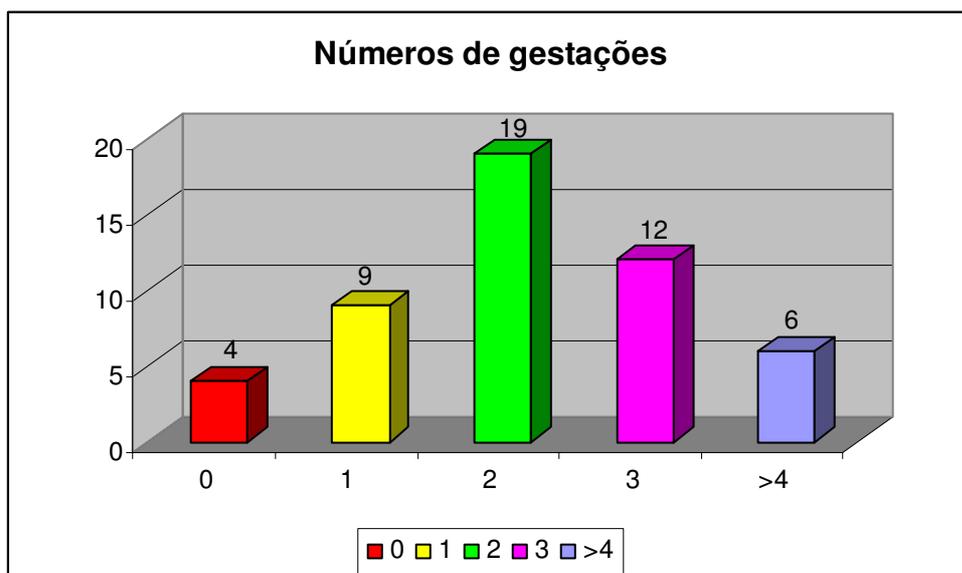
**Gráfico 16-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao uso de tabaco.



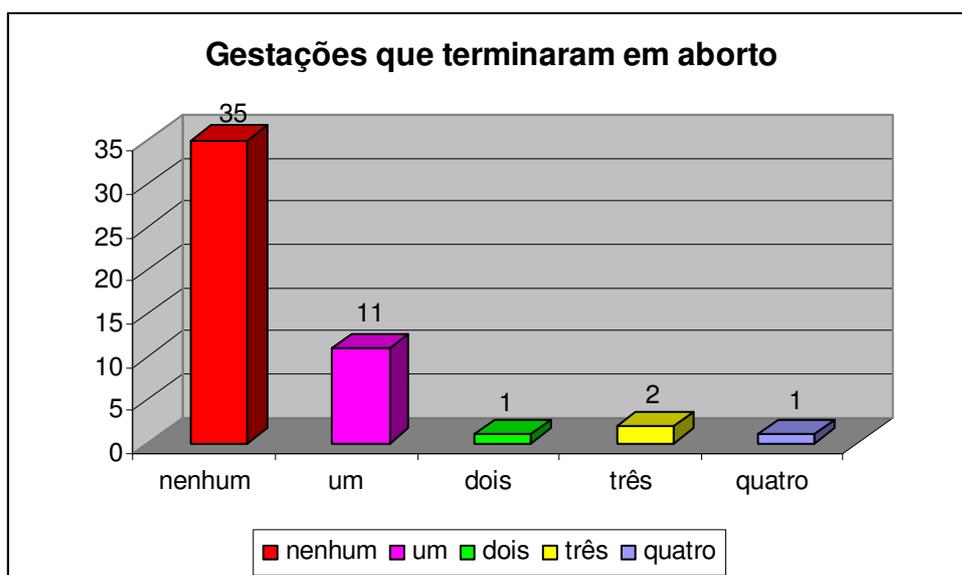
**Gráfico 17-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação a ingestão de bebida alcoólica.



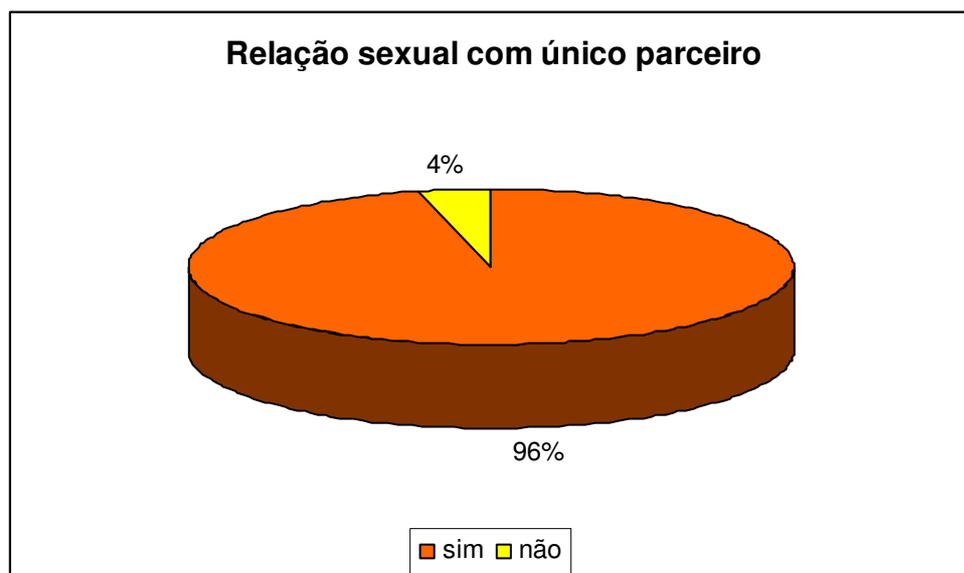
**Gráfico 18-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao início da atividade sexual.



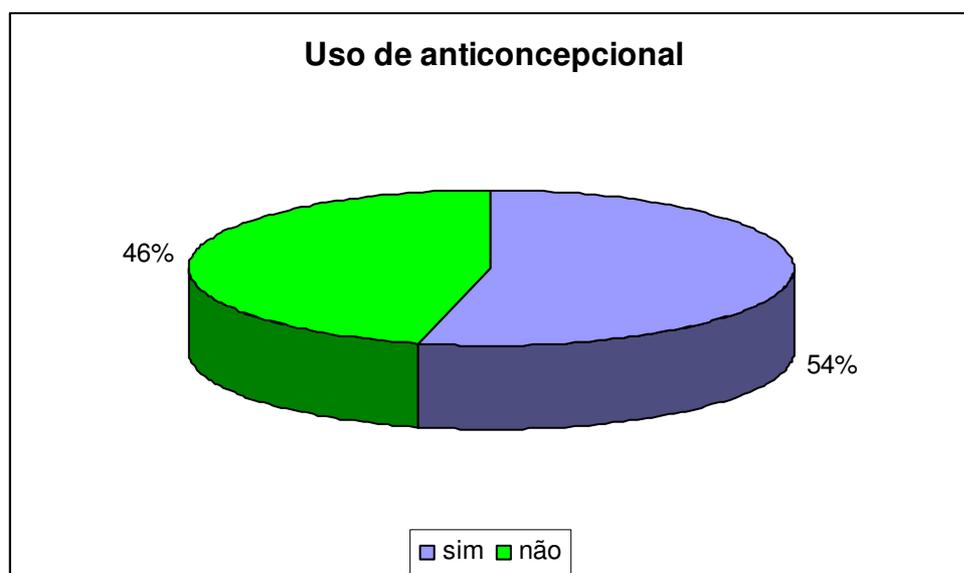
**Gráfico 19-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao número de gestações.



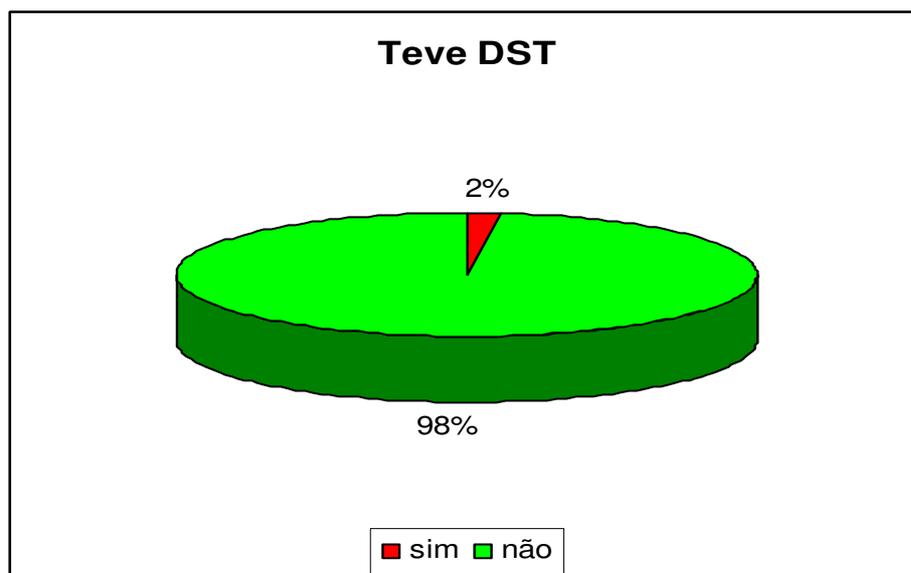
**Gráfico 20-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação as gestações que terminaram em aborto.



**Gráfico 21-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, que mantém relação sexual com único parceiro.



**Gráfico 22-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao uso de anticoncepcional.



**Gráfico 23-** Mulheres que procuraram o serviço de saúde, em relação ao seu conhecimento em ter adquirido alguma DST.

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Delineamos um caminho para a discussão do nosso estudo, onde conseguimos corroborar os dados levantados pela nossa pesquisa de campo, fazendo um comparativo com a nossa revisão de literatura.

Os dados serão apresentados através da leitura do material que obtivemos com a análise dos gráficos. Desta forma, seguiremos a apresentação discutindo os resultados.

O trabalho concentrou-se em pesquisar mulheres com idade entre 20 a 60 anos, tendo sido constatado que a faixa etária predominante de mulheres que procuraram o serviço de saúde foi de 20 a 30 anos. Tendo sido confirmado por dados obtidos por BRASIL (2007) quando afirma que a faixa mais acometida pelo câncer de colo uterino é exatamente esta. Deste modo podemos afirmar que este é um dado positivo, pois a faixa etária mais acometida pela patologia é a mesma que procura o serviço preventivo e conseqüentemente tem condições de iniciar tratamento precoce e evitar a evolução da doença.

Com relação à raça das mulheres que procuram o serviço de saúde, os dados obtidos em nossa pesquisa incidem numa proporção de 72% de mulheres brancas, 20% negras e 8% pardas. Esta incidência é claramente corroborada por CESAR, Juraci A. et al. (2003) que em seu estudo, demonstrou que a baixa adesão ao exame preventivo encontra-se entre as mulheres de cor parda ou preta. Sendo assim, confirmam-se em nossa pesquisa de campo os dados levantados em nossa revisão literária, nos levando a um questionamento sobre possíveis ações capazes de amenizar ou reverter completamente esta situação.

De acordo com os dados levantados inerentes ao estado civil, relação sexual com único parceiro e situação conjugal das entrevistadas constatam que 58% das mulheres são casadas, 30% solteiras, 8% separadas e 4% são viúvas, a maioria delas, numa incidência de 96%, relatou que mantém relação sexual com um único parceiro. Este foi um dado contrário ao levantado por CESAR, Juraci A. et. al, (2003), FERNANDES; NARCHI (2007),

Organização Mundial da Saúde, e BRASIL (2001), relatando em suas pesquisas que os fatores predisponentes para esta neoplasia são: mulheres sem companheiro e com múltiplos parceiros. Desta contradição entre os dados da revisão literária e os dados da pesquisa de campo, podemos considerar que a população atingida por nossa pesquisa, é bastante restrita em comparação à amostra atingida pelas pesquisas realizadas pela OMS, por exemplo, portanto é perfeitamente possível que haja uma divergência de dados.

Quanto ao grau de escolaridade das mulheres entrevistadas verificamos que apenas 2% delas não foram alfabetizadas, ou seja, são sem escolaridade. É importante salientar que 50% das mulheres têm o ensino médio completo, sendo este considerado um bom nível de escolaridade, portanto podemos afirmar que a baixa escolaridade interfere na detecção precoce do câncer de colo do útero, correspondente com a falta de informação dos métodos de prevenção. No entanto há uma confirmação dos dados, pois no estudo de CESAR. Juraci A. et al. (2003), ele apresenta baixa adesão do exame preventivo em mulheres de pouca escolaridade.

Referente aos dados que abordaram ocupação atual e renda familiar constatamos que 54% das entrevistadas referiram que recebem de 1 a 2 salários mínimos, 36% de 2 a 4 salários mínimos, 6% ganham menos de 1 salário mínimo e 4% ganham mais de 4 salários mínimos, podemos afirmar que se trata de uma população com um nível socioeconômico baixo, portanto há uma divergência nos dados, porque Conforme CESAR, Juraci A. et al. (2003) Organização Mundial da Saúde, FERNANDES; NARCHI (2007) as mulheres com baixo nível socioeconômico apresentou pouca procura para a realização do papanicolaou que está diretamente relacionado aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer cérvico uterino.

Quanto aos fatores que interferem para a não realização do exame, os dados levantados em nossa pesquisa de campo relacionados aos motivos que levam a mulher a realizar o exame ou impede de alguma forma que seja realizado, englobaram diversos fatores, tais como: medo, vergonha, desconhecimento, entre outros, tendo prevalecido como fator principal para a não realização do exame, fatores diversos. Conforme pesquisa realizada, por

SILVA, Daniela Wosiack. ET AL. (2006), os motivos para o atraso do exame são: vergonha, desinformação, falta de interesse, dificuldade para o agendamento, fato de não gostar do médico da UBS e de nunca ter tido queixas ginecológicas, portanto houve uma confirmação dos dados levantados.

Os dados levantados em nossa pesquisa sobre a realização do exame preventivo detectaram que 70 % das entrevistadas estavam com o exame em dia, e indagando as mulheres sobre os motivos que as levaram a realizar o papanicolaou, 26% responderam que era o medo de descobrir a doença, 8% pela divulgação realizada através do serviço de saúde, e por orientação médica, prevalecendo como fator principal com um percentil de 36%. Diante do estudo de SILVA, Daniela Wosiack. et al. (2006) os motivos pelas quais as mulheres realizaram o exame foram: rotina oferecida pela UBS, recomendação médica e queixas ginecológicas, no entanto houve uma confirmação dos dados levantados.

Também buscamos investigar nessa pesquisa se as mulheres já haviam tido algum problema ginecológico, a fim de identificar algum fator de risco para esta neoplasia, obtivemos como resposta do nosso estudo que 58% delas nunca tiveram problemas ginecológicos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a história de infecções de doenças sexualmente transmitidas e em especial à causada pelo HPV, é considerada como um dos fatores de risco para o câncer de colo uterino.

Podemos observar através dos dados coletados durante as entrevistas que, 82 % das mulheres não ingerem bebida alcoólica e não tem o hábito de fumar, logo este é um índice que colabora com a prevenção do câncer de colo uterino, sendo que estes são fatores de risco extrínsecos, adquirido de modo individual conforme BRASIL (2001), FERNANDES; NARCHI (2007) e pela Organização Mundial da Saúde.

Constatamos que a maioria das mulheres, 54%, iniciou suas atividades sexuais muito cedo, com até 17 anos. Este dado é um fator preocupante, pois conforme BRASIL (2001) e a Organização Mundial da Saúde, o início precoce da atividade sexual corresponde a um dos fatores de

risco extrínsecos individual para o desenvolvimento do câncer de colo do útero.

Em nosso estudo foi possível constatar que entre as 50 entrevistadas, houve 4, que nunca engravidaram, 19 delas tiveram 2 gestações e 6 tiveram acima de 4 gestações, 35 nunca abortaram e 11 tiveram 01 aborto. Assim, podemos afirmar que a maioria delas não está exposta aos fatores de risco para esta neoplasia, visto que, segundo LEÃO; MARINHO (2002) um dos fatores de exposição que aumentam o risco para o surgimento do câncer de colo uterino está relacionado a gestações tardias, nuliparidade, abortos entre outros.

Constatamos ainda, que em relação à utilização de métodos de contracepção, foi detectado que 54% das entrevistadas usam algum contraceptivo, dentre eles, destacaram a laqueadura, anticoncepcional oral e camisinha. De acordo com o estudo de LEÃO; MARINHO (2002) o uso da pílula anticoncepcional e a laqueadura são considerados fatores de risco, contribuindo para o desencadeamento do câncer de colo de útero. Porém, em outro estudo, destaca-se que o uso de preservativos (camisinha) previne da contaminação pelo vírus HPV, conforme BRASIL (2001) e FERNANDES; NARCHI (2007).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalidade da nossa pesquisa de campo foi traçar o perfil das mulheres que freqüentam a unidade de saúde, e identificar os motivos que levam essas mulheres a procurarem o serviço de saúde para realização do exame, e os possíveis motivos que possam interferir na decisão da mulher em buscar a prevenção do câncer de colo do útero.

Em nosso estudo, constatamos que o perfil das mulheres que procuram o serviço de saúde, predominou aquelas com idade entre 20 a 30 anos, de raça branca, casadas, com o ensino médio completo, com renda familiar de 01 a 02 salários mínimos, não fumantes e que relataram não ingerir bebida alcoólica. Dados que comprovam a baixa procura dos serviços de saúde, em relação às mulheres que fazem parte dos fatores de risco do câncer de colo uterino.

Durante a realização da nossa pesquisa de campo, descobrimos que prevaleceu a quantidade de mulheres que relataram estar com o exame preventivo em dia, anualmente, sendo em maior incidência, realizado por orientação médica e por medo da doença. Os motivos pelos quais as mulheres não fazem o exame foram diversos, como a falta de tempo, medo de descobrir alguma doença, e a vergonha. Foram quase unânimes em dizer que sabem da importância e entendem o significado do exame preventivo, mas em outra questão, a maioria relatou que não sabem quais são os métodos de prevenção do câncer de colo uterino.

Portanto concluímos que a atuação do enfermeiro torna-se, imprescindível, na identificação das mulheres que fazem parte do quadro de fatores de risco para o desenvolvimento desta neoplasia. Na medida em que, tem como competências inerentes à profissão, avaliar, diagnosticar e planejar ações estratégicas capazes de incentivá-las a procurar a unidade de saúde.

Enfatizamos, ainda, que o enfermeiro deve promover ações voltadas à capacitação e educação permanente da equipe de saúde, para a realização técnica do procedimento com postura ética e profissional. De modo que possam atuar como educadores, assim como o enfermeiro, com o intuito de

orientar sobre a doença em si, abordando fatores de risco e sintomatologia, e conscientizando sobre a necessidade e importância da detecção precoce da doença, salientando que quando descoberta no seu início, há uma efetividade maior no tratamento.

Enfim, concluímos que se faz necessária à continuidade em pesquisas inerentes ao tema em questão, visto que se trata de uma patologia altamente nociva à saúde da mulher, salientando a importância da divulgação destas, visando à promoção da saúde, prevenção da doença e tratamento adequado aos quadros já estabelecidos.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima et al . Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, Nov. 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 março. 2009.

BARROS, Maria O.; MARIN, Heimar Fátima; ABRÃO, Ana Cristina F. V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecologia**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. - Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do câncer de colo do útero: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de Controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Controle do Câncer do colo útero: Programa Nacional do Controle de Câncer de Colo Uterino**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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. 19, n. 5, 2003 . Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000500014](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500014)>. Acesso em: 28 março. 2009.

FERNANDES, Rosa Áurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri, SP: Manole, 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio Século XXI Escolar**: O minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FIGUEIREDO, Níbia Maria Almeida. **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Caetano do Sul: Difusão, 2003.

GUYTON, A. C. **Fisiologia Humana**. 6. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

KAWAMOTO, Emilia Emi; SANTOS, Maria Cristina Honório; MATTOS, Thalita Maia. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abel K.; FAUSTO, Nelson. **Bases patológicas das doenças**. Tradução : ROBBINS, Stanley L.; Cotran, Ramzi S. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1999.

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Promoção da Saúde**: saúde da mulher brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n. 6, p. 31-36. 2002

NETTINA, Sandra M. et al. **Prática de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Programas nacionais de luta contra o câncer** – diretrizes sobre a política e gestão. Genebra, 1995.

PHILIPPI, Maria Lúcia dos Santos; ARONE, Evanisa Maria. **Enfermagem em Doenças Transmissíveis**. 8. ed., São Paulo: Senac, 2007.

PORTAL DA SAÚDE. **Nomenclaturas**.

Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 04 abril. 2009.

PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS. **Manual de DST**.

Disponível em: < <http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 27 março. 2009.

SILVA, Daniela Wosiack da e al. Cobertura e fatores associados com a Realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, Jan. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0100-72032006000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0100-72032006000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 março. 2009.

SMELTZER, Suzanne O.; BARE, Breda G. **Brunner/Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7. ed. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

SMELTZER, Suzanne O.; BARE, Breda G. **Brunner/Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10. ed. v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

## **8. ANEXOS**

## ANEXO 1

## FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

## 1) DADOS:

## Características das Entrevistadas

## Idade:

Cor: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda

## Estado Civil:

( ) Casada ( ) Separada ( ) Solteira ( ) Viúva

## Situação Conjugal

( ) Com companheiro ( ) Sem companheiro

## Escolaridade:

- ( ) Sem escolaridade  
 ( ) Ensino fundamental incompleto  
 ( ) Ensino fundamental completo  
 ( ) Ensino médio incompleto  
 ( ) Ensino médio completo  
 ( ) Superior completo  
 ( ) Superior incompleto

Profissão: \_\_\_\_\_

Ocupação Atual: \_\_\_\_\_

## Renda Familiar:

- ( ) < 01 salário mínimo ( ) 01 a 02 salários mínimos;  
 ( ) 02 a 04 salários mínimos; ( ) > 04 salários mínimos.

## 2. DADOS REFERENTES AO EXAME DE PREVENÇÃO E FATORES DE RISCOS:

## 2.1 Você já realizou o exame preventivo do colo do útero anteriormente?

- ( ) Sim Quando? \_\_\_\_\_  
 ( ) Não Qual motivo? \_\_\_\_\_

## 2.2 Quantas vezes já realizou? \_\_\_\_\_ vezes

## 2.3 De quanto em quanto tempo você realiza o exame preventivo?

1vez por ano ( ), 1vez a cada 2 anos ( ) 1 vez a cada 3 anos ( ) Outros \_\_\_\_\_

## 2.4 Quais os motivos que levaram a procurar o serviço de saúde para realização do exame?

- ( ) o medo da doença
- ( ) a divulgação do exame através de meios de comunicação
- ( ) a orientação médica
- ( ) outros

**2.5 Quais os fatores que podem interferir na sua decisão para realizar o exame de prevenção?**

- ( ) medo de descobrir alguma doença.
- ( ) vergonha.
- ( ) não saber para que serve o exame.
- ( ) outros

**2.6 Sabe da Importância do Exame Papanicolaou, o que você entende sobre esse exame?**

---



---



---



---

**2.7 Teve algum problema ginecológico?** ( ) Sim ( ) Não

**2.8 Você conhece quais são os métodos de prevenção de câncer de colo de útero?** ( ) Sim, quais? \_\_\_\_\_  
( ) Não

**2.9 Fumante?** ( ) Sim, quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_ ( ) Não

**2.10 Ingere bebida alcoólica?** ( ) Sim, frequência \_\_\_\_\_ ( ) Não

**2.11 Quando iniciou a atividade sexual?** \_\_\_\_\_

**2.12 Quantas vezes já ficou grávida?** \_\_\_\_\_

**2.13 Número de gestações que terminaram em aborto:** \_\_\_\_\_

**2.14 Mantêm relação sexual com um único parceiro:** ( ) Sim  
( ) Não, quantos? \_\_\_\_\_

**2.15 Faz uso de anticoncepcional?** ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_  
( ) Não

**2.16 Sabe se teve alguma DST?** ( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_  
( ) Não

## ANEXO 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

estou sendo convidada, como voluntária, a participar da pesquisa: “Prevenção do Câncer de Colo do Útero e o Perfil de Mulheres que freqüentam a UBS - Maria Isabel na cidade de Assis – SP” tendo sido esclarecida que este estudo tem como objetivos identificar a visão e o entendimento das mulheres, sobre a prevenção do câncer de colo do útero; analisar os motivos que levam essas mulheres a procurar o serviço de saúde para realizar o exame; identificar os possíveis motivos que possam interferir na decisão da mulher em buscar a prevenção do câncer de colo do útero. Afirmo estar ciente do propósito da pesquisa e do meu envolvimento.

Entendo que os dados estão sendo levantados por meio de um formulário com perguntas objetivas, elaboradas para essa finalidade, que serão respondidas por mim, individualmente e anotadas por uma das pesquisadoras.

Compreendo que a pesquisa esta sendo realizada pelas estudantes do 4º ano do curso de Graduação em Enfermagem da FEMA-Assis/SP, sob orientação da Professora Enfermeira Rosângela Gonçalves Silva.

Serão garantidos, a mim, enquanto sujeito da pesquisa, anonimato e sigilo em relação a minha privacidade.

Poderei recusar-me a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, não sofrendo penalização ou prejuízo pessoal.

Não receberei nenhuma compensação financeira, como também não terei nenhum gasto/despesa por participar do estudo.

Estou ciente de que este estudo foi devidamente submetido á aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos.

Esclareceram-me que a referida pesquisa tem finalidade acadêmica e que os resultados poderão ser divulgados e publicados, sendo preservada a minha identidade, enquanto sujeito da pesquisa.

Assis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisado: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

<b>Pesquisadora:</b> Barbara de Mauro Cardoso Rua: Chaim Cury, 14 Cecap. Telefone: (018) 3323- 5266	<b>Pesquisadora:</b> Renata Guerra Perosa Rua: Tibiriçá, 110 Vila Xavier. Telefone: (018) 3322-4652	<b>Orientador:</b> Rosângela Gonçalves Silva Rua: João Batista Dantas, 182. Vila Ribeiro. Telefone: (18) 3324-4700
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ANEXO 3****TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Eu, Rosângela Gonçalves Silva, responsável principal pelo trabalho de conclusão de curso dos participantes: Barbara de Mauro Cardoso e Renata Guerra Perosa, o qual pertence ao curso de Enfermagem da FEMA, venho por meio deste, me comprometer a utilizar todos os dados coletados, unicamente, para o trabalho intitulado “Prevenção do Câncer de Colo do Útero e o Perfil de Mulheres que freqüentam na UBS Maria Isabel na Cidade de Assis”. Bem como, manter sigilo á identificação dos sujeitos, cujas informações terão acesso. Respeitando assim, os preceitos éticos e legais exigidos pela resolução nº. 196/96, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

---

Prof<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Rosângela Gonçalves Silva

Assis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANEXO 4****TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Eu, Eduardo de Camargo Neto, Secretário da Saúde do Município de Assis, AUTORIZO o projeto de pesquisa "Prevenção do Câncer de Colo do Útero e o Perfil de Mulheres que freqüentam a UBS - Maria Isabel Na Cidade De Assis – SP", de autoria de Barbara de Mauro Cardoso e Renata Guerra Perosa, orientadas pela Enfermeira Rosângela Gonçalves Silva, a utilizar o campo de pesquisa UBS- Maria Isabel, para execução da aplicação de formulário individual em 50 mulheres cadastradas na unidade de saúde, aplicação essa deverá ocorrer entre Junho e Julho de 2009 e cumprindo os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Libero a utilização do formulário para a coleta de dados exclusivamente para os fins acadêmicos de trabalho de conclusão de curso e a publicação dos resultados, com a manutenção do sigilo e da ética.

Assis, 27 de Abril de 2009.

---

Eduardo de Camargo Neto  
Secretário da Saúde do Município de Assis

---

Enf<sup>a</sup> Rosângela Gonçalves Silva  
Orientadora  
CPF. 278.562.348-73

---

Barbara de Mauro Cardoso  
Graduanda  
CPF. 340.425.928-99

---

Renata Guerra Perosa  
Graduanda  
CPF. 354.021.558-10

## **ORÇAMENTO FINANCEIRO DA PESQUISA**

DECLARO que durante toda a realização do Projeto de Pesquisa intitulado Prevenção do Câncer de Colo do Útero e o Perfil de Mulheres que freqüentam a UBS Maria Isabel na cidade de Assis-SP de autoria de Barbara de Mauro Cardoso e Renata Guerra Perosa sob minha orientação não trará ônus financeiro para a Secretaria Municipal da Saúde e UBS - Maria Isabel.

Por ser verdade, firmo o presente em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura - Orientadora

Prof<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Rosângela Gonçalves Silva

RG: 29335003-6

CPF: 278562348-73